

ACADEMIA DE ȘTIINȚE SOCIALE ȘI POLITICE
A REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

Psihologie clinică

Colectiv de redacție:

G. Ionescu (coordonator), M. Bejat, V. Pavelcu

Autori:

C. Bălăceanu, H. Bejat, M. Bejat, Elisabeta Chirtoc,
Paula Constantinescu, Tamara Dobrin, L. Gavrilu,
Aurelia Ionescu, G. Ionescu, E. Papadima,
V. Pavelcu, T. Rudică, I. Voinescu

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA
BUCUREȘTI, 1985

ACADEMIA DE ȘTIINȚE SOCIALE ȘI POLITICE
A REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

Sinteze de psihologie contemporană

4 volume

Coordonare generală:

Mihai Beniuc, Anatolie Chircev,
Vasile Pavelcu, Alexandru Roșca

Secretariat științific:

Ion Mânzat, Adrian Neculau,
Horia Pitariu, Mielu Zlate

EDITURA ACADEMIEI REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA
BUCUREȘTI

C U P R I N S

Prefață	11
CAPITOLUL I. Obiectul și sarcinile psihologiei clinice (G. Ionescu)	15
1. Izvoare etimologice și accepțiuni ale psihologiei clinice	15
2. Psihologia clinică : noțiune controversată ce cuprinde o realitate general-acceptată	17
3. Noțiunile de psihologie „clinică” și psihologie „medicală” între rigoarea semantică și utilizarea operațională	18
4. Precizări asupra sferei și conținutului psihologiei clinice	21
5. Asupra istoriei și orientărilor psihologiei clinice	22
6. Conexiuni și convergențe între psihologia clinică și psihiatrie	26
7. Interferențe și relații între psihologia clinică și psihopatologie	30
8. Relațiile psihologiei clinice cu psihologia socială	32
9. Probleme ale psihologiei clinice din perspective psihopedagogice.	34
10. Educația etică și psihologia clinică	37
Bibliografie	39
CAPITOLUL II. Condiția psihologică în medicina clinică (G. Ionescu)	41
1. Caracterul tradițional al relațiilor dintre psihologie și medicina clinică ilustrat prin unitatea somatopsihică	41
2. Contribuția psihologiei la implicarea clinică a psihologiei	44
3. Relații interprofesionale în principalele domenii psihomedicale	46
4. Statutul psihologului în clinică și în echipa terapeutică	49
5. Problematika specifică a psihologului în clinică	50
6. Psihologul ca psihometrician	51
7. Psihologul ca diagnostician	55
8. Psihologul ca psihoterapeut	56
9. Psihologul ca cercetător	58
10. Direcțiile dezvoltării psihologiei clinice în unele țări din Europa și America	59
Bibliografie	67
CAPITOLUL III. Psihologia clinică și persoana umană (V. Pavelcu, L. Gavriliu)	69
1. Izvorul clinico-medical al teoriilor personalității	70
2. Analiza cazurilor psihiatrice ca mijloc de descriere a tipurilor de personalitate	74
3. Elemente și criterii în edificarea teoriilor personalității și a tipologiilor	78
4. Persoana umană sub unghiul de structurării și dezorganizării psihice	81
Bibliografie	82
CAPITOLUL IV. Psihologia familiei. Normalitate și psihopatologie familială (Aurelia Ionescu)	84
1. Familia ca domeniu de investigație clinică	84

2. Familia ca sistem. Contribuția teoriei generale a sistemelor la edificarea psihologiei familiei	87
3. Homeostazia familială — parametru al normalității și sano- genezei familiale	90
4. Interacțiunea ins-familie din perspectivă sistemică	91
5. Familia ca microgrup	92
6. Relațiile de rol în familie — parametru al normalității fami- liale	95
7. Relațiile parentale și psihopatologia familială	96
Bibliografie	99
CAPITOLUL V. Metode de investigație în psihologia clinică (H. Bejat, M. Bejat)	100
1. Obiective și strategii ale psihodiagnosticului clinic	100
2. Metode de investigație a funcțiilor și aptitudinilor psihice	102
3. Metode de investigație a personalității	104
4. Probleme ale psihodiagnosticului în funcție de domeniul clinic de aplicare	112
Bibliografie	114
CAPITOLUL VI. Conținutul psihologic al diagnosticului clinic (G. Ionescu)	117
1. Epistemologia clinică și validitatea diagnostică	117
2. Diagnosticul medical și supoziția etiologică	118
3. Diagnosticul medical și paradigmele patogenetice	119
4. Diagnosticul medical și consensul sociocultural	120
5. Caracterul epistemic al examinării și axioma diagnosticării	121
6. O premisă a diagnosticării: aptitudinea ascultării	123
7. Urgența elucidării diagnostice și dirijarea relației anamnes- tice	124
8. Modelarea și standardizarea relaționării în scopul diagnosti- cării	127
9. Un deziderat al diagnosticării clinice: oportunitatea interven- ției terapeutice	130
10. Axiologie diagnostică, realitate clinică și exigență etică	132
11. Diagnosticul ca proces de personalizare a bolii și de anulare a personalității bolnavului	134
12. Diagnosticul pluridimensional — încercare de cuprindere a patologiei omului total	136
Bibliografie	137
CAPITOLUL VII. Rolul psihologului în expertiza capacității de muncă (Elisabeta Chirtoc)	139
1. Stabilirea gradului de incapacitate funcțională și invaliditate psihică	139
2. Stări și procese psihice cu potențial invalidant	141
3. Măsuri și posibilități de recuperare a bolnavilor cu remisiune incompletă sau cu defect psihic	146
Bibliografie	148
CAPITOLUL VIII. Timp și boală. Problematika timpului din perspectivă psihomedicală (G. Ionescu)	149
1. Unitatea dialectică a timpului și spațiului: argumente din psi- hopatologie	149
2. Unitatea dialectică biocronometrică	150
3. Dezvoltarea noțiunii de timp și conștiința timpului	152

4. Biocronometrie și heterocronie	155
5. Biocronometrie și hipnologie	159
6. Timpul evenimentelor și conștiința subiectivă a duratelor	162
7. Biocronometrie și nosografie	164
8. Dismnezie și cronopatologie	166
9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice	167
Bibliografie	173
CAPITOLUL IX. Psihologie clinică diferențială	175
A. Exogenie și endogenie în psihopatologia clinică (T. Rudică)	175
1. Importanța factorilor psihostressanți și frustranți în etiologia și patogenia tulburărilor psihice	175
2. Etiologia plurifactorială în patologia mintală	176
3. Intercondiționarea fenomenelor de frustrație, conflict și stress în patologie	177
Bibliografie	179
B. Psihologia bolnavului cu tulburări senzorio-motorii de origine centrală (I. Voinescu)	180
1. Agnoziile sub unghi neuropsihologic	180
2. Apraxiile sub unghi neuropsihologic	182
3. Afaziile sub unghi neuropsihologic	183
Bibliografie	188
C. Deficiențele mintale sub unghiul psihologiei clinice și al nosografiei psihiatrice (G. Ionescu)	188
1. Evoluția concepțiilor asupra deficiențelor mintale	188
2. Evoluția sinonimiilor și accepțiunilor noționale asupra deficiențelor mintale	190
3. Dificultăți ale diagnosticării și estimării morbidității deficiențelor mintale	192
4. Deficiențele mintale și datele psihologiei genetice	194
5. Patogenia deficiențelor mintale sub unghiul psihologiei genetice	195
6. Posibilitățile evaluării psihometrice și deficiențele psihice	197
7. Manifestări psihopatologice și tulburări comportamentale în relație cu gradul deficienței mintale	198
8. Insuficiența cognitivă concomitentă și consecutivă deficiențelor senzorio-neuro-motorii	205
9. Deficiențele mintale în relație cu bolile psihice și manifestările comportamentale	206
10. Deficiența mintală și delinvența	211
Bibliografie	212
D. Involuția senilă sub unghiul psihologiei clinice (C. Bălăceanu)	214
1. Principii generale de metodologie clinico-psihologică	215
2. Mecanisme genetice ale involuției psihice	217
3. Procesele organice ale involuției psihice	217
4. Procesele operaționale ale involuției psihice	219
5. Procesele patologice ale involuției psihice	221
6. Aspecte psihoterapeutice în tulburările psihice ale senescentei	222
Bibliografie	223
CAPITOLUL X. Psihologie și suicidologie (G. Ionescu)	224
1. Problematika generală actuală a fenomenului suicidal	224
2. Semnificația și natura fenomenului suicidal	225

3. Asupra incidenței și prevalenței fenomenului suicidal . . .	227
4. Supoziții etiologice asupra suicidului	229
5. Aserțiuni patogenetice asupra manifestărilor autolitice . . .	236
6. Caracteristici ale suicidului în funcție de vîrstă	237
7. Asupra evoluției mijloacelor de realizare a suicidului	238
8. Problematika psihologică a fenomenului homicidar	239
9. Atitudinea socio-culturală față de acțiunea suicidală	242
10. Aspecte ale responsabilității profesionale și juridice în fața ac- telor autolitice	245
11. Măsuri profilactice și programe terapeutice în manifestările auto- litice	246
Bibliografie	249
CAPITOLUL XI. Psihologia actului terapeutic (G. Ionescu)	251
1. Problematika psihologică și evoluția fenomenului placebo în medicina clinică	251
2. Valoarea terapeutică a efectului placebo	255
3. Factori psihologici ai fenomenului placebo	258
4. Asupra mecanismelor patogenetice ale fenomenului placebo . .	262
5. Factori nespecifici ai agenților psihofarmacologici	263
6. Problematika relației terapeutice în condițiile psihofarmacolo- giei clinice	265
7. Asupra compulsiiei prescripției psihofarmacologice și impera- tivul cunoașterii clinice	266
8. Relația terapeutică și problematica transferențială	267
Bibliografie	270
CAPITOLUL XII. Metode psihoterapeutice din domeniul psihopatologiei clinice . . .	271
A. Psihoterapia psihanalitică (E. Papadima)	271
1. Principii teoretice de bază	271
2. Metoda terapeutică	273
3. Indicațiile terapeutice ale psihanalizei	276
Bibliografie	277
B. Psihoterapia de familie (Aurelia Ionescu)	277
1. Psihoterapia de familie în contextul psihoterapiilor tradițio- nale	277
2. Abordarea bolii psihice din perspectiva psihoterapiei de fa- milie	278
3. Aplicații ale psihoterapiei de familie în clinică	281
4. Combinarea psihoterapiei de familie cu psihofarmacologia . .	285
Bibliografie	287
C. Consilierea psihologică (M. Bejat)	288
1. Evoluția și diferențierea conceptului de consiliere psihologică .	288
2. Consilierea psihologică în contextul psihoterapiilor (asemănări și deosebiri; indicații terapeutice)	292
Bibliografie	296
CAPITOLUL XIII. Socioterapiile și ergoterapia (Tamara Dobrin, Paula Constanti- nescu)	297
1. Socioterapiile în sistemul acțiunilor terapeutice	297
2. Metodologia socioterapiilor	299
3. Obiectivele și scopurile socioterapiilor; forme de realizare . . .	300

4. Socioterapia familială	301
5. Unitatea socioterapie-ergoterapie	303
6. Cerințe și principii ale demersului ergoterapeutic	305
Bibliografie	307
CAPITOLUL XIV. Psihoterapia în condițiile psihofarmacologiei (G. Ionescu)	308
1. Originile opoziției între psihofarmacologie și psihoterapie	309
2. Investiție narcisică și realitate farmacodinamică	310
3. Știința psihofarmacologică și psihoterapia psihanalitică	311
4. Psihofarmacologia și psihoterapia de grup	315
5. Psihofarmacologia și metodele psihoterapeutice moderne	316
6. Extinderea indicațiilor psihoterapiei prin intermediul psihofarmacologiei	317
7. Tendința actuală generală a terapiei psihiatrice: asocierea mijloacelor psihofarmacologice și psihoterapeutice	318
8. Asupra unor modalități concrete de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia	319
9. Relația psihofarmacologie-psihoterapie în principalele boli psihice	322
10. Influența psihofarmacologiei și psihoterapiei asupra patomorfizei psihozelor	326
11. Necesitatea prescripției psihofarmacologice și responsabilitatea orientării exclusiv psihoterapeutice	328
12. Tratamentul psihofarmacologic și contextul socioterapeutic	329
13. Convergențe farmaco-psiho-socioterapeutice.	331
Bibliografie	333
CAPITOLUL XV. Psihoigiena și psihoprofilaxia (M. Bejat)	335
1. Psihoigiena și psihoprofilaxia — delimitări semantice	335
2. Psihoigiena și psihoprofilaxia în perioadele critice ale vieții (copilărie, pubertate, adolescență, presenescența și senescența)	336
3. Psihoigiena și psihoprofilaxia dificultăților adaptative în alte situații existențiale	343
Bibliografie	346

P R E F A Ț Ă

Relațiile psihologiei cu medicina, a căror sorginte poate fi regăsită în primele acte medicale, cunosc actualmente o reevaluare clinică impusă de excesiva orientare tehnică manifestată în investigație și terapeutică. A devenit astfel evidentă nevoia de umanizare a relațiilor cu pacientul, de personalizare a actului medical și de revalorizare a examenului clinic în special.

Bazându-se pe o viziune integrativă, psihologia clinică pune în centrul preocupărilor sale omul aflat sub incidența bolii, abordându-l într-o perspectivă dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării lui psiho-individuale și sociale, din care desprinde semnificații esențiale, care-i permit orientarea realistă asupra stării prezente și perspectivelor sale.

În orientarea sa aplicativă, lucrarea a căutat să răspundă scopului propus, acela de cunoaștere aprofundată a pacientului din perspectiva bolii sale, a fenomenalului, în tendința continuă de evidențiere a umanului, considerat aici drept corolar al esențialului.

Păstrînd ca aspect fundamental elementul relațional, interpersonal, psihologia clinică depășește faptul observației directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgînd la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologiei paraclinice. Prin aceasta, psihologia clinică păstrează ample relații cu psihologia experimentală, psihofiziologia și psihometria. Totodată, prin direcționarea sa esențialmente clinică, ea prezintă ample deschideri asupra fiecărui domeniu medical, a cărui problematică psihologică specifică o abordează în mod primordial.

Din această perspectivă lucrarea aduce precizări necesare chiar în privința sferei și conținutului domeniului, întrucît, deși a depășit un secol de evoluție, dezvoltare și afirmare, ca domeniu aplicativ de cunoaștere și cercetare, psihologia clinică își continuă procesul de cristalizare și delimitare.

Totodată, pentru anumite domenii ale medicinei și în primul rînd al etiopatogeniei și terapiei, psihologia clinică prezintă noi valențe, susceptibile de-a fi valorificate în cadrul unor probleme epistemologice medicale încă neelucidate. Astfel, cu toate remarcabilele progrese înregistrate în cunoașterea cauzelor bolilor, rolul implicațiilor psihologice în complexe plurifactoriale etiologice este tot mai intens invocat. Sub acest unghi se menționează că nu numai în aria vastă a bolilor psihosomatice, dar și în privința iatrogeniilor și conversiilor, elementul psihogen este tot mai elocvent subliniat și mai științific analizat.

În timp ce contribuția psihologiei clinice la descifrarea problemelor etiopatogenice se înscrie în aria preocupărilor sale științifice, rolul său în asistența medicală propriu-zisă se află în prim-planul acțiunilor sale practice. Acestea devin cu atît mai necesare în situațiile în care, prin natura și gravitatea sa, boala se instituie ca un moment de interogație, ca o perioadă de anxioasă expectație, căreia psihologia clinică îi poate răspunde prin

disponibilități psihoterapeutice care-i revin prin conținutul demersurilor sale și prin vocație.

Această contribuție a psihologiei clinice este cu atât mai necesară cu cât în situația de boală, particulară și în fapt singulară pentru pacient, el pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare determinată printr-un proces de autoanaliză. Trăit pe fundalul nesiguranței, al necunoașterii și uneori al ignoranței, acest proces este susceptibil să determine apariția de noi simptome care se pot constitui într-o a doua boală, de fapt o stare morbidă secundară, expresie a trăirii suferinței și reacției insului la afecțiunea propriu-zisă, considerată ca boală primară. De cele mai multe ori însă, este vorba de o potențare a simptomatologiei acesteia prin coeficientul de psihogenie, determinat de conștiința bolii ca atare. Diferit de la un ins la altul, în funcție de natura, gravitatea sau momentul evolutiv al bolii, dar mai ales de structura personalității pacientului, această potențare psihogenetică se înscrie, de asemenea, în aria acțiunilor de psihologie clinică.

În faza actuală a evoluției științelor medicale și antropologice, a dezvoltării gândirii și concepțiilor filozofice, cînd există un consens privind unitatea somatopsihică, fenomenele și stările psihologice care însoțesc afecțiunile somatice sînt nu numai recunoscute, ci și investigate și estimate în fiecare boală și în fiecare situație clinică particulară. De fapt, implicațiile psihologiei asupra medicinei clinice, întotdeauna apreciate ca neîndoielnice, au devenit actualmente axiomatice, fiind supuse studiului prin numeroase programe științifice, în fiecare domeniu al bolilor somatice.

Întrucît orice boală, indiferent de natura sau gravitatea sa, constituie o experiență negativă particulară, de cele mai multe ori unică și dramatică, angajarea psihică a pacientului este profundă și autentică. Dacă reacția psihologică a pacientului este constantă în orice afecțiune somatică, orientarea medicului asupra stării psihice a pacientului trebuie să comporte o valoare axiomatice. Deși preocupat de boală, el nu rămîne la nivelul fenomenal al acesteia, ci abordează în mod primordial omul aflat sub incidența suferinței, cu emoțiile, anxietățile, frustrațiile, cu trăirile și reacțiile pe care boala le dezvoltă. Totodată, cunoașterea autentică a persoanei care prezintă acest proces, a structurii psihismului său, susceptibil de a condiționa și influența toate componentele bolii, de la cele etiopatogenice la cele clinico-terapeutice și evolutiv-prognostice, se înscrie în dezideratul cunoașterii integrale, comprehensive, totale.

Prin eficacitatea contribuției sale, psihologul clinician s-a dovedit un colaborator necesar nu numai în domenii medicale devenite tradiționale, ci și în altele noi, cum este psihofarmacologia, unde testarea acțiunii substanțelor psihotrope a devenit o activitate evasispecifică a psihologiei clinice.

O particularitate a relațiilor profesionale din domeniile psihomedicale constă în faptul că spre deosebire de relațiile medicului cu alți specialiști angajați în munca de investigație, relații mediate prin aparate ori prin produsele biologice recoltate, colaborarea cu psihologul implică relații directe, determinate de specificul abordărilor și activităților sale care sînt nemijlocite și interpersonale.

Complexitatea domeniului în care își desfășoară activitatea, bogăția și noutatea mijloacelor investigației, precum și caracterul inedit al fiecărui caz examinat conferă psihologului clinician o activitate privilegiată în cercetare, domeniu în care și-a asigurat o veritabilă consacrare. Aceasta se datorește faptului că spre deosebire de alți specialiști, psihologul nu

face propriu-zis un examen și nici nu întreprinde o investigație, ci desfășoară o explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare.

Contribuția psihologului clinician în domeniul cercetării medicale este regăsită în toate ariile activității sale, de la cîmpul vast al cauzelor tulburării psihice și somatice, de la analiza factorilor genetici, eredo-familiali și psihosociali, la studiul incidenței și prevalenței diverselor entități nozografice, al reacțiilor insului la boală, al terapiei ca proces și al evaluării rezultatelor terapiei, pînă la elaborarea examenelor psihometrice și validarea instrumentelor investigației sale specifice.

În afara contribuției sale la aprofundarea cunoașterii simptomatologiei bolii și a conduitei insului în boală, psihologia clinică este implicată în susținerea terapeutică și de sanogeneză generală. Întrucît orice act terapeutic se desfășoară pe un fundal psihologic, care-i conferă și condiționează valențele sanogenetice, este neîndoielnic faptul că intervențiile terapeutice, indiferent de natura lor, găsesc resurse de valorificare în domeniul psihologiei clinice. De fapt, orice acțiune farmacodinamică și în general activitatea farmacocinetică poate fi potențată sau diminuată de factori subiectivi, evidențiați de psihologia clinică.

Pe lîngă aceste aspecte psihologice, care acreditează eficacitatea diferitelor acțiuni terapeutice, psihologia clinică și-a dezvoltat mijloace de tratament specifice, a căror expresie o constituie metodele și procedeele psihoterapeutice. Printr-o judicioasă selecție și aplicare practică, aceste metode de tratament psihologic pot completa și potența efectul actului terapeutic specific, în orice domeniu clinic, de la psihiatrie la chirurgie, de la dermatologie la stomatologie.

Activitatea psihologilor clinicieni nu se desfășoară numai în aria investigației, asistenței sau a psihoterapiei, ci și prin participarea lor la instanțe decizionale în cadrul comisiilor de evaluare a capacităților profesionale sau al comisiilor medico-legale. Toate acestea au făcut ca psihologia clinică să fie apreciată de către cei mai acreditați clinicieni contemporani ca o „știință fundamentală în medicină” sau ca „o știință de bază în medicină”. Totodată, mai mult de jumătate din numărul psihologilor practicieni își desfășoară activitatea în domeniul medical, psihologia clinică reprezentînd cea mai mare specialitate dintre ramurile psihologiei aplicate.

Într-o privire generală asupra situației, direcțiilor și perspectivelor psihologiei clinice se poate constata că interesul pentru cunoașterea și asistența psihologică a bolnavului este intens invocat și general manifestat. Totodată, preocuparea medicilor pentru psihologie este dublată de o gîndire psihologică izvorîită din practică și continuu stimulată de activitatea clinică.

Totodată, prin problematica sa generală psihologia clinică realizează o reevaluare a eticii practicii medicale și o mai mare deschidere asupra relațiilor profesionale. Sub acest aspect, al normelor morale medicale, psihologia clinică analizează în primul rînd relațiile interpersonale dintre medic și bolnav, care însoțesc acești protagoniști ai actului medical de la inițierea relației anamnestice pînă la încheierea acțiunii terapeutice. Fundamentată, stimulată și modelată de sistemul social, psihologia medicală contribuie la crearea unui mediu moral cu un înalt conținut umanitar, în care normele etice să devină inerente valorilor profesionale, fiind tot atît de importante în cadrul activității clinice ca și cunoștințele științifice și deprinderile tehnice.

OBIECTUL ȘI SARCINILE PSIHOLOGIEI CLINICE

Marile schimbări sociale, ca și remarcabilele progrese medicale ale epocii noastre, au ipostaziat în medicină raporturi noi, particulare, concretizate prin trei axe directoare : bolnav-boală, bolnav-medicină, bolnav-societate.

În analiza acestui complex relațional, bolnavul apare ca element esențial ce trebuie înțeles atât prin prisma suferinței și stării sale, cât și a situației lui deosebite, uneori excepționale ; de aici decurge variabilitatea infinită a comportamentului său în situația de boală și a aspectelor sale atitudinale.

Fără a cunoaște progresele medicale ca atare, dar conștient de existența lor, bolnavul are noi și înalte *expectații față de medicină*, față de instituția medicală, ca atare, și față de medic, de la care așteaptă vindecare ; el consideră intervenția medicală ca un fapt firesc, iar boala ca pe un rău ce trebuie și poate fi înlăturat. Evoluția favorabilă a bolii a devenit pentru bolnav un fapt scontat, iar procesul de vindecare, fiind înțeles ca o etapă firească în evoluția afecțiunii, nu mai păstrează legătura, univocă în trecut, cu ideea de salvare. Agravarea, ca și cronicizarea, sînt apreciate ca eventualități rare, improbabile, care nu sînt corelate cu natura sau severitatea afecțiunii, ci cu competențe profesionale și orientări terapeutice inadecvate sau neinspirate. În plus, asistența medicală actuală este marcată de o expectație disproporționată a pacientului și a familiei sale față de posibilitățile terapeutice, în sensul că, în virtutea progreselor efective înregistrate în acest domeniu, s-au investit speranțe exagerate care, în mod real, nu pot fi îndeplinite.

Neconcordanța expectațiilor pacienților față de nivelul posibilităților terapeutice actuale a determinat o criză a medicinei pe care aceasta caută să o rezolve prin reanalizarea orientărilor și revalorizarea resurselor sanogenetice. Pe acest fundal, reconsiderarea relațiilor medicinei cu psihologia apare nu numai ca necesară, ci și salutară, sinuoasa lor raportare regăsindu-se actualmente pe un teren fertil de implicare.

1. Izvoare etimologice și accepțiuni ale psihologiei clinice

Situată la confluența psihologiei cu medicina, psihologia clinică își află sorgintea în domeniul filozofiei, psihopedagogiei și sociologiei ; totuși, prin acest atribut adjectival, de *clinică*, se dorește sublinierea caracterului său medical, avînd ca element de continuă referință omul bolnav sau aflat în stare de suferință. Într-adevăr, spre deosebire de *psihologia medicală*, care cuprinde o problemă mai amplă și o arie mai extinsă de preocupări, *psihologia clinică* are în vedere mai ales starea și situația pacientului asupra căruia intervine nemijlocit, ilustrîndu-și astfel caracterul său pregnant aplicativ.

Subliniem însă faptul că atributul de „clinică” nu mai păstrează decît o slabă și poate aparentă legătură cu sensul său etimologic (gr. *klinikos* sau lat. *clinicus*, bolnav la pat) întîlnit inițial la Plinius cel Bătrîn, care-l utiliza spre a desemna îngrijirile acordate bolnavului imobilizat.

Menționăm, totodată, faptul că în epoca Renașterii, alături de această accepțiune, noțiunea de „clinic” era folosită în sens pedagogic, instructiv, spre a ilustra *învățămîntul aplicativ desfășurat* în spital, *lingă patul bolnavului*. Această metodă adoptată în formarea medicală a fost urmată cu tot mai multă vigoare pînă în zilele noastre, cînd întreg învățămîntul clinic medical se desfășoară în spital, fiind ilustrat prin observația, analiza și discuția cazurilor clinice.

Pe lingă evoluția sa semantică din domeniul medical, noțiunii de clinică îi putem descifra și o *sorginte filozofică*. Astfel, constatăm că John Locke folosea noțiunea de „clinică” în argumentarea sistemului său filozofic și o considera definitorie în exprimarea „experienței sensibile”. Pornind de aici, orientarea clinică ce a determinat revoluționarea cunoașterii în medicina secolului al 17-lea a avut la bază *metoda empirică* al cărei deziderat era *observația directă, imediată și nemijlocită*. În felul acesta, medicina clinică, prin orientarea sa pragmatică, s-a afirmat în antiteză cu teoria, considerată ca desprinsă de individual și concret și călăuzită de interpretarea scolastică.

Pe de altă parte, *metoda clinică*, în virtutea observației directe pe care o preconizează, se opune *metodei experimentale*, ce are la bază cunoașterea mijlocită, mediată.

Prin antiteza inițială față de teorie, ca și față de experiment, orientarea clinică s-a dovedit a fi deosebit de fecundă pentru cunoaștere, ea impunîndu-se atît în medicină, cît și în psihologie, subordonîndu-și actul mediat, investigator, tradus prin teste sau analize de laborator.

Medicina clinică s-a afirmat nu numai prin studiul direct, concret și imediat al cazurilor patologice, ci și prin *analiza lor individuală*, atît în situația prezentă, cît și în viziune longitudinală. Această accepțiune a noțiunii de clinică a fost preconizată de Littré (1873), pentru a defini medicina care vizează *studiul individual al bolnavilor*. Prin oportunitatea și utilitatea sa, noua metodă, de analiză individuală a cazurilor, a fost aplicată încă de la începutul secolului nostru și în domeniul psihologiei, atît în investigarea bolnavilor, cît și în afara ariilor patologiei, lărgirea sferei noțiunii de psihologie clinică vizînd astfel tendința de „a conota extensiunea spiritului clinic și a metodei clinice asupra cazurilor individuale care nu sînt neapărat medicale” (D. Lagache, 1961, p. 1).

Pe de altă parte, constatăm că persistă o anumită confuzie între noțiunea de *psihologie clinică* (cultivată în studiile anglo-saxone) și aceea de *metodă clinică* (ce vizează explorarea psihologică directă și aprofundată a cazurilor individuale, normale și patologice), inițiată și promovată prin excelență de psihologia franceză. Dezvoltată ca o replică față de analiza teoretică, precum și față de cercetarea experimentală și de evaluarea statistică, metoda clinică nu are comun cu psihologia clinică (în afară de simpla omonimie) decît faptul că ambele folosesc analiza individuală a cazurilor, procedeul comun, dealtfel, întregii patologii. Faptul că metoda clinică vizează, în afara cazurilor patologice, și pe cele considerate normale nu asigură însă psihologiei clinice o sferă mai largă decît psihologiei medicale. Aceasta cu atît mai mult cu cît, conținutul unei noțiuni nu este tributar etimologiei sale, ci domeniului faptic pe care-l ilustrează; astfel, psiho-

logia clinică nu poate fi restrînsă la analiza psihologică directă a pacienților internați, aria sa fiind extinsă și asupra problematicii medicale din afara staționarelor și din spitale. În acest context subliniem distincția între *metoda clinică* și *psihologia clinică*, pentru a putea fi evitată confuzia determinată de sinonimia termenilor.

Metoda clinică vizează studiul individual al cazurilor normale și patologice sau abordarea care permite înțelegerea aprofundată și intrinsec-comparativă a individualului, în raport cu conjunctura socioprofesională și familială, cu experiența de viață, cu motivațiile și expectațiile bolnavului; metoda clinică este deci orientată spre studiul „singularului și simptomatului, al diferențialului și comparativului” (P. Fedida, 1968, p. 911). În acest sens, metoda clinică este utilizată, nu numai în medicină unde a fost consacrată, ci și în psihologie, pedagogie ca și în domenii particulare de cunoaștere și investigare, ca acelea ale personologiei, psihanalizei, psihoterapiei, consilierii și orientării școlare și profesionale.

Desigur, în țările de limbă engleză conținutul noțiunii de psihologie clinică a fost extins, dincolo de ariile spitalului, asupra tuturor situațiilor patologice sau disfuncționale, susceptibile de-a fi investigate prin metoda clinică; în aceste țări, sfera noțiunii de psihologie clinică „este cea mai vastă”, iar „domeniul clinic înglobează toate instituțiile și consultațiile care se ocupă, în scop terapeutic sau profilactic, de subiecți bolnavi, fragili sau inadaptați” (W. J. Schraml, 1973, p. 91).

Psihologia clinică este axată asupra „înțelegerii cazului particular al bolnavului, care-și trăiește boala cu temperamentul său propriu, cu trecutul și istoria sa individuală, toate acestea conducînd spre nuanțarea unui diagnostic și instituirea unui tratament” (J. Favez-Boutonier, 1961, p. 321). Remarcîndu-se prin cercetarea individualului și particularului, a unicității insului în boală, psihologia clinică are în vedere, în egală măsură, și situația sa reală, aria contextuală în care el se dezvoltă și care îl determină. Tocmai de aceea, în afara „scopului științific” de a participa la stabilirea unui diagnostic, psihologia clinică este orientată și asupra „scopului practic, de a consilia, de a vindeca, de a educa sau de a reeduca” (G. Chabaliier, 1963, p. 496).

Psihologia clinică își înscrie deci printre dezideratele sale nu numai cunoașterea insului confruntat cu o boală, aflat într-o situație unică și particulară, ci și terapia necesară, într-o evaluare individuală, ca și orientarea lui ulterioară, în ceea ce privește reintegrarea socioprofesională. Considerată ca „ramură a psihologiei” și analizată din această perspectivă, psihologia clinică „reprezintă un corp de cunoștințe și abilități, orientat spre ajutorarea persoanelor cu probleme medicale și comportamentale, în scopul realizării unei adaptări personale mai satisfăcătoare, cu mai bune posibilități de autoexprimare” (D. Shakow, 1980, p. 2990).

2. Psihologia clinică : noțiune controversată ce cuprinde o realitate general-acceptată

Studierea raporturilor dintre psihologia medicală și psihologia clinică, dificilă și întrucitva fastidioasă, nu a fost încă realizată, sinonimia în care cele două noțiuni sînt utilizate fiind în mod convențional acceptată.

O analiză a revistei studiilor din acest domeniu relevă faptul că numeroși autori (în special de limbă engleză) folosesc în mod constant noțiunea

de psihologie clinică, în timp ce alții, în special de limbă franceză, rusă și germană, preferă noțiunea de psihologie medicală. Clinicienii din această ultimă categorie, acceptând și dezvoltând metoda clinică, au manifestat rezerve față de noțiunea de „psihologie clinică”, întrucât „în mod funciar sincretică, această noțiune poate exprima (simultan, separat sau în mod contradictoriu) o atitudine metodologică, o filozofie, o aspirație mai mult sau mai puțin confuză, un efort mai mult sau mai puțin tenace spre unitatea psihologiei” (R. Zazzo, 1954, p. 314). În același timp, noțiunea de psihologie clinică „nu ar defini un nou domeniu de cunoaștere sau de practică ori o nouă disciplină de cercetare, cum lasă să se creadă unii autori” (P. B. Schneider, 1967, p. 3), astfel încât „putem aprecia că ar fi de preferat să căutăm un alt adjectiv în locul celui de *clinic* pentru a califica acest domeniu al psihologiei” (J. Favez-Boutonier, 1961, p. 321).

Manifestând rezerve față de noțiunea de „psihologie clinică” și optind pentru menținerea aceleia de „psihologie medicală”, alți autori argumentează că „ambiguitatea psihologiei clinice începe încă de la numele său”, întrucât „adjectivul de *clinică* are pentru nespecialiști o conotație medicală” (J. Guillaumin, 1968, p. 936).

Pe de altă parte, „termenul de *clinică*, în psihologie, are un statut problematic nu numai în raport cu medicina, și ci în interiorul psihologiei însăși; în plus, singura justificare medicală, mai ales psihiatrică, a aplicațiilor clinice ale psihologiei, nu numai că nu este suficientă pentru a fonda conceptul în noua sa legitimitate, dar duce la interogarea medicinii psihiatrice asupra propriilor ei fundamente” (P. Fedida, 1968, p. 909).

Alți autori restrâng sfera noțiunii de psihologie clinică întrucât, conform opiniei lor, „aceasta se interesează mai ales de structura personalității și acordă atenție mai mică celorlalte domenii” (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 33); pe de altă parte, ei reduc domeniul psihologiei clinice la acela al utilizării metodei clinice, subliniind că „psihologia clinică se definește prin folosirea metodei clinice” (*ibidem*). Se constată de aici că păstrind denumirea de „psihologie clinică” există riscul ca „obiectul psihologiei clinice să se transforme chiar în obiectul metodei clinice” (J. Favez-Boutonier, 1968, p. 450).

3. Noțiunile de psihologie „clinică” și psihologie „medicală” între rigoarea semantică și utilizarea operațională

În virtutea considerentelor mai sus amintite, numeroși clinicieni preferă noțiunea de *psihologie medicală*, devenită tradițională și în virtutea prestigiului științific al autorilor care au folosit-o, îmbogățindu-i conținutul. Într-adevăr, la consacrarea psihologiei „medicale” au contribuit psihologi și medici de renume mondial, ca : H. Lotze (1852), P. Janet (1926), E. Kretschmer (1956), A. Lamache (1960), D. Lagache (1961), J. Delay și P. Pichot (1964), N. S. Lebedinski și V. N. Miasiscev (1966), P. B. Schneider (1969), P. Sivadon (1973) și alții. Ei au adus contribuții esențiale domeniului și au îmbogățit conținutul noțiunii de psihologie medicală care este astăzi la fel de răspândită și de larg acceptată ca și noțiunea de psihologie clinică.

În terminologia curentă însă, cele două noțiuni sînt folosite prin analogie, ignorindu-se particularitățile conținutului lor, distincția necesară dizolvîndu-se în sinonimie.

De cele mai multe ori se acordă noțiunii de *psihologie medicală* o accepțiune mai largă decât aceleia de *psihologie clinică*, înscriindu-se în sfera ei, în afara problematicii clinice concrete a persoanei bolnave, și ansamblul datelor, observațiilor și regulilor desprinse din activitatea practică. Astfel, se consideră că „psihologia medicală studiază problemele teoretice și practice ale medicinei legate de psihologie, ca și problemele psihologice ale oamenilor bolnavi, care fac parte din sarcinile diagnosticului, tratamentului și profilaxiei bolilor” (M. S. Lebedinski, V. N. Miasishev, 1966, p. 5). Cele două aspecte, teoretic și aplicativ, sînt prezente și în alte definiții ale psihologiei medicale, care „apare ca un ansamblu de cunoștințe și o practică centrată asupra omului bolnav, asupra reacțiilor sale la boală, ca și asupra omului bolnav în relație psihologică cu medicul său” (P. B. Schneider, 1967, p. 2).

În alte accepțiuni ale noțiunii, se subliniază importanța *psihologiei medicale* în instruirea și formarea medicilor, situație în care ea „devine înainte de toate o *disciplină de învățămînt* care oferă medicului informații și cunoștințe suficiente, pentru ca el să poată înțelege bolnavul ca persoană umană ce suferă de o boală și ca să-l poată trata mai bine, după datele științifice obișnuite, dar ținînd seama de această cunoaștere psihologică” (P. B. Schneider, 1969, p. 19).

Pe lângă aspectul teoretic-formativ, în alte definiții apare rolul analizei și cercetării științifice, *psihologia medicală* fiind privită ca „domeniu al psihologiei aplicate, atașat colaborării cu medicii în ceea ce privește diagnosticul, tratamentul, reabilitarea și prevenirea, cît și *cercetarea* unor domenii ca psihofarmacologia, psihosomatica și reacțiile emoționale la boală” (R. M. Goldenson, 1970, p. 763).

Cu toate acestea, noțiunea de psihologie medicală a fost considerată ca nesatisfăcătoare, chiar de către cei care o folosesc întrucît, fiind „vagă și vastă ... nu desemnează o disciplină și nu definește obiective, scopuri și metode specifice” (D. Lagache, 1961, p. 1). Într-adevăr, la o analiză semantică se constată că nici caracterul său tradițional și nici ampla sa utilizare nu au putut înlătura ambiguitatea termenului de *psihologie medicală* care, „deși foarte vechi, nu corespunde actualmente unui domeniu, al cărui conținut și limite să fie recunoscute într-o manieră univocă” (P. Pichot, 1969, p. 234). Această ambiguitate a noțiunii de psihologie medicală are consecințe asupra definiției sale care „este tributară valorii acordate fiecăruia din cei doi termeni care o constituie și importanței relative care li se conferă” (P. Marchais, 1969, p. 248).

Sub alt unghi, trebuie remarcat faptul că psihologia medicală servește medicina pentru ca aceasta să-și poată spori eficacitatea intervențiilor sale; în virtutea acestui fapt, medicina constituie genul proxim, iar psihologia, diferența specifică, fapt ce impune discuției noțiunea de *medicină psihologică*. Aceasta ar reprezenta *medicina faptelor psihice* spre deosebire de accepțiunea propriu-zisă a *medicinii* ca domeniu al *faptelor somatice*. În acest caz însă, noțiunea de *medicină psihologică* ar tinde spre sinonimie cu noțiunea de *psihiatric*, ca și cu aceea de *psihopatologie*, care au însă un conținut mult mai ferm statuat și mai net delimitat.

În aceeași accepțiune în care folosim noțiunea de *medicină psihologică*, se înscrie, prin semantica sa, și noțiunea de *psihologie a medicinei* (V. Săhleanu, A. Athanasiu, 1983, p. 10), care cuprinde problematica psihologică a persoanei bolnave, a actului medical, ca și a medicului, cu rolul și statutul său profesional.

Aceste două noțiuni, de *medicină psihologică* și de *psihologie a medicinei*, conduc, prin conținutul lor, la concluzia că domeniul pe care-l ilustrează ar constitui o ramură a medicinei, în timp ce *psihologia medicală* (ca de altfel și psihologia clinică) este în mod explicit definită ca *ramură aplicativă a psihologiei*. Considerind că psihologia medicală este „o parte a psihologiei, și nu o parte a medicinei” (Cl. Veil, 1969, p. 255), așa cum preconizau E. Kretschmer (1956), M. S. Lebedinski și V. N. Miasishev (1966), menționăm că în aria ei se înscriu atât problematica psihologică a bolnavului, cât și atitudinea omului sănătos față de boală (din care decurge implicit psihologia medicului) și aceea „a instituțiilor și organismelor de îngrijire” (*ibidem*).

Acceptând ca incontestabil faptul că psihologia medicală este în esența ei o psihologie *clinică*, axată asupra relației medic-bolnav, putem încerca unele distincții ale celor două domenii, care, fără îndoială, păstrează ample arii comune. Astfel, fără a ceda sensului etimologic al *psihologiei clinice*, care-i restringe nepermis sfera, și înlăturind sinonimia dintre aceasta și metoda clinică (ce i-ar extinde sfera dincolo de ariile patologiei), considerăm că *psihologia medicală*:

- prezintă un domeniu mai vast decît *psihologia clinică*, prin cuprinderea problematicii psihologice adiacente bolnavului: psihologia mediului terapeutic, psihologia medicului și a personalului sanitar, psihologia relațiilor profesionale din instituții medicale, formarea terapeutică, formarea psihologică și formarea etică a personalului medical etc.; prin aceasta,

- fără a renunța la caracterul aplicativ, *psihologia medicală* prezintă mari posibilități de esențializare și teoretizare a datelor, faptelor și observațiilor izvorite din analiza clinică directă, concretă și imediată; din acest punct de vedere, se poate considera că relațiile dintre *psihologia medicală* și *psihologia clinică* sînt asemănătoare aceloră dintre *psihopatologie* și *psihiatrie*, în care prima, distanțată de faptul individual, generalizează datele concrete ale cazului particular, de care cea de-a doua se preocupă în mod esențial;

- păstrînd ca aspect fundamental elementul relațional, interpersonal, psihologia medicală depășește aria observației imediate, directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgînd la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologice paraclinice; datorită acestui fapt,

- *psihologia medicală* păstrează ample relații cu alte ramuri ale psihologiei, ca psihologia experimentală, psihofiziologia, psihodiagnoza etc., ea însăși afirmîndu-se ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de *psihologia clinică*, disciplină care, fiind mai ferm axată asupra pacientului, păstrează, prin aceasta, relații mai strînse cu psihosomatica, psihoterapia și cu orice domeniu clinic medical a cărui problematică psihologică o abordează în mod primordial.

Deși clare în formulare, aceste distincții nu pot fi considerate actualmente esențiale, domeniul psihologiei clinice fiind în cea mai mare parte comun cu acela al psihologiei medicale și numai cercetări ulterioare le vor contura sferile, le vor îmbogăți conținutul și vor aduce delimitări fundamentale. Precizăm, totodată, că opțiunea noastră pentru noțiunea de *psihologie clinică* nu este bazată pe supoziții metodologice, ea avînd ca unic scop sublinierea esențialului: cunoașterea aprofundată a pacientului din perspectiva amplă a fenomenalului.

4. Precizări asupra sferei și conținutului psihologiei clinice

Fără îndoială că delimitările noționale, ca și definițiile operaționale, au conturat sub anumite raporturi sfera și au schițat conținutul psihologiei clinice. Totuși, unele precizări sînt necesare, cu atît mai mult cu cît psihologia clinică, după aproximativ un secol de evoluție și dezvoltare, se află într-un proces de lentă cristalizare și continuă delimitare.

Una din cele mai complete aprecieri asupra sarcinilor și conținutului psihologiei clinice subliniază că aceasta „are ca obiect studiul mecanismelor mentale, în măsura în care ele sînt susceptibile de a contribui la menținerea sau restabilirea sănătății umane.” (A. Lamache, A. Burloud, P. Davost, 1960, p.42). Considerată ca „o disciplină fundamentală”, se subliniază că psihologia medicală „este în același timp clinică și experimentală, colectivă și individuală, normală și patologică, profilactică și terapeutică” (*ibidem*).

După cum se poate constata, psihologia clinică nu are încă un cadru bine delimitat și nici un conținut ferm precizat și incontestabil statuat, fapt ce poate fi explicat prin apariția continuă a unor noi domenii ale cunoașterii antropologice, cu tot mai profunde implicații în datele și observațiile psihologice. Într-adevăr, în conținutul psihologiei clinice se înscriu, într-o amplă problematică, atît observații empirice, cît și date ale unor analize științifice, ca : „atitudinile bolnavului în fața bolii și a morții, relațiile dintre bolnav și anturajul său familial, fenomenele de transfer și contratransfer în relațiile terapeutice, jocul complex al cererilor, dorințelor, ofertelor, ca și beneficiul secundar, relațiile umane în spital ; pattern-urile și rolurile profesionale ale echipei terapeutice, aspectele psihologice ale grefelor de organ etc.” (Cl. Veil, 1969, p. 255).

La rîndul ei, psihologia clinică găsește în noile domenii ale medicinei, și în primul rînd ale etiopatogeniei și terapiei, noi valențe susceptibile de a fi valorificate în cadrul unor probleme epistemologice medicale încă neelucidate. Astfel, cu toate remarcabilele progrese înregistrate în cunoașterea cauzelor bolilor, *rolul explicațiilor psihologice în elucidările etiologice* este tot mai intens invocat. Sub acest unghi trebuie menționat că nu numai în aria vastă a maladiilor psihosomatice, dar și în privința iatrogeniilor și conversiilor, elementul psihogen este tot mai elocvent subliniat și tot mai științific analizat.

În afara contribuției psihologiei clinice în domeniul etiopatogeniei, rolul său în *asistența medicală* este unanim acceptat, în primul rînd datorită faptului că orice boală constituie un prilej de interogație și anxioasă expectație, căruia psihologia clinică îi poate răspunde prin demersurile psihoterapeutice, ca și prin vocație. Ea are această disponibilitate întrucît, în situația de boală, particulară și în fapt singulară, pacientul pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare care este determinată și întreținută de faptul că insul devine obiect de analiză a propriului Eu. Acest proces de autoanaliză, trăit pe fundalul nesiguranței și deseori al ignoranței, este susceptibil să determine apariția de noi simptome (care se pot constitui uneori într-o a doua boală, de fapt o stare morbidă secundară), expresii ale trăirii și reacției insului la afecțiunea propriu-zisă, considerată ca boală primară. De cele mai multe ori însă, este vorba de o potențare a simptomatologiei acesteia prin coeficientul de psihogenie determinat de conștiința bolii propriu-zise. Acest *coeficient de psihogenie*, diferit de la un ins la altul,

este în funcție de natura, gravitatea sau momentul evolutiv al bolii și într-o mai mare măsură de structura personalității și experiența de boală a pacientului. Dacă primele aspecte legate de boală se înscriu cu predilecție în aria de competență a medicinei, celelalte aspecte, legate de bolnav, conferă conținut și legitimitate psihologiei clinice. Tocmai de aceea, psihologia clinică, centrată esențialmente pe relația medic-bolnav, „pleacă de la principiul că practicianul trebuie să considere pacientul ca un subiect cu reacțiile sale la boală și în relație psihologică cu medicul său” (P. Marchais, 1969, p. 249).

Pe lângă contribuția la elucidările etiopatogenice și în activitatea curentă de asistență, de aprofundare a cunoașterii simptomatologiei bolii și conduitei insului în boală, psihologia clinică este implicată în *susținerea terapeutică*. Datorită acestui fapt, conținutul psihologiei clinice și medicale este determinat „de bolnav și boala sa, pe de o parte, și de funcția de îngrijire, pe de altă parte” (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1980, p. 28). Fiind cunoscut faptul că fiecare act terapeutic se desfășoară pe un fundal psihologic care-i conferă și condiționează valențele sanogenetice, precizăm că, în ansamblu, intervențiile terapeutice, indiferent de natura lor, găsesc resurse de valorificare în domeniul psihologiei clinice. Orice acțiune farmacodinamică și în general activitatea farmacocinetică poate fi potențată sau diminuată de factori evidențiați de psihologia clinică.

În afara acestor aspecte psihologice ce acreditează eficacitatea diferitelor acțiuni terapeutice, psihologia clinică și-a dezvoltat mijloace de tratament specifice, a căror expresie o constituie metodele psihoterapeutice și demersurile socioterapeutice. Printr-o judicioasă selecție și aplicare practică, aceste metode de tratament psihologic pot completa și potența efectul actului terapeutic specific în orice domeniu clinic, de la psihiatrie la chirurgie, de la endocrinologie la dermatologie. Prin aceste contribuții terapeutice specifice, ca și prin abordările sale psihodiagnostice, psihologia clinică apare într-adevăr ca o știință „concretă și aproape de viață, care s-a dezvoltat din practică și este destinată unor sarcini practice ale profesiei medicale” (E. Kretschmer, 1956, p. 1.).

5. Asupra istoriei și orientărilor psihologiei clinice

O viziune retrospectivă asupra psihologiei clinice ca domeniu de asistență, de învățămînt și cercetare constată frecvent aprecierea nefondată, de cele mai multe ori eronată, asupra apariției și evoluției acesteia. Astfel, în ciuda numeroaselor date, explicate și detaliate asupra istoriei acestei științe, cei mai mulți cercetători, fără informarea necesară, îi plasează originea în epoca noastră, nu rareori la data propriilor studii. Constatăm astfel că „psihologia medicală este o disciplină relativ recentă” (P. Marchais, 1969, p. 248), iar „ca disciplină ce se poate învăța și ca domeniu de cercetare, psihologia medicală este foarte tinărară; ea nu are decît 20—30 de ani de existență” (P. B. Schneider, 1969, p. 24). Chiar și cercetătorii care preferă noțiunea de *psihologie clinică* în locul celei de *psihologie medicală* scotomizează istoria domeniului afirmînd că „psihologia clinică, ca disciplină științifică este recentă”, iar „ca profesie este foarte tinărară” (Nina R. de Traubenberg, 1968, p. 1015), deși este cunoscut faptul că psihologi clinicieni existau încă de la sfîrșitul secolului trecut. Tot astfel, se afirmă că „noțiunea de psihologie clinică și domeniul de activități pe

care îl acoperă nu sînt cunoscute în Germania și în literatura de limbă germană decît de puțin timp” (W. J. Schraml, 1973, p. 7), deși se știe că la Universitatea din Berlin s-au prezentat cursuri de „psihologie medicală” încă din anul 1845.

Invocăm aceste aserțiuni surprinzătoare, expresie în primul rînd a lipsei de informare, nu numai din respect pentru datele științifice reale, ci și pentru că prezumtivele considerații prejudiciează și întîrzie dezvoltarea acestei arii a cunoașterii antropologice care, de fapt, a fost conturată și statuată cu mult înaintea datelor prezentate de unii autori care se erijează în postură de promotori ai domeniului. Într-adevăr, supoziții conform cărora psihologia clinică este „foarte tînără”, „este recentă”, sau ca cele după care „noțiunea ca și domeniul” nu au fost decît „de puțin timp cunoscute” sînt folosite ca argumente pentru limitarea sau ignorarea acestei științe de către cei care nu au încă deplina convingere asupra importanței pe care ea o reprezintă în medicina clinică.

Fără a mai menționa datele psihologice întîlnite în studiile medicilor antichității elene și romane, considerăm că istoria explicită și evident atestată a psihologiei clinice poate fi remarcată odată cu emanciparea științei medicale din obscurantismul evului mediu și mai ales în secolul al 17-lea, cînd Sydenham, acest „Hipocrate al Angliei”, insistă asupra etiologiei psihogene a diverselor afecțiuni. Ideile sale au fost reluate și dezvoltate de școala medicală italiană, pentru a fi mai evident exprimate în prima jumătate a secolului al 19-lea de către Heinroth (1818) și Jacobi (1822), care și-au cristalizat concepțiile psihologice privind natura bolilor prin termenii pe care i-au lansat, de tulburări cu sorginte „psihosomatică” și respectiv „somatopsihică”. Considerăm că în această perioadă studiile de psihologie medicală au fost numeroase, fapt ce a determinat pe I. B. Friedreich (1833) să publice o revistă a literaturii „asupra psihologiei medicale și juridice”.

În aceeași perioadă ideile psihologiei clinice au fost promovate de către psihiatri cărora, așa cum subliniază Laségne (1844), „li se datorează introducerea sistematică a psihologiei în medicină”. Dealtfel, începînd din 1845, Issensee, care era „profesor de patologie, terapeutică și medicină legală” la Universitatea din Berlin, susține un curs de „psihologie medicală”, inițiind prin aceasta formarea psihologică a viitorilor medici.

Interesul clinicienilor pentru problematica psihologică a permis lui H. Lotze (1852) să elaboreze prima lucrare amplă de psihologie medicală *Die medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele*, în care, pe lîngă aspecte clinice, analizează mai ales probleme de psihofiziologie. După această dată preocupările de psihologie medicală cunosc în Germania un declin datorită concepției lui Griesinger care a imprimat medicinei o orientare „somaticistă”.

Pe de altă parte, cercetările de psihologie medicală iau amploare în Anglia și mai ales în Rusia, avînd ca promotori pe cei mai renumiți psihiatri. Astfel, D. H. Tuke publică la Londra în 1870 lucrarea intitulată *Medical Psychology*, pentru ca ulterior să întreprindă o definire și explicitare a noțiunilor din acest domeniu, în *Dictionary of Psychological Medicine* (1892).

Tot spre sfîrșitul secolului trecut, V. M. Behterev (1885) înființează la Facultatea de medicină a Universității din Kazan, ca și în cadrul Academiei de medicină militară, primele laboratoare de psihologie experimentală din Rusia. Laboratoare asemănătoare au fost deschise apoi la Odesa, la Kiev și la Clinica „Korsakov” din Moscova. Totodată, un

„curs special de psihologie pentru studenții mediciști” a fost inaugurat în 1895 de către A. A. Tokarski.

În aceeași perioadă, psihologia medicală este afirmată și în Franța, prin studiile lui Th. Ribot asupra destrucțiunilor memoriei și a tulburărilor afective : dealtfel, din 1889 el susține un curs de „psihologie afectivă” în care sînt prezentate ample noțiuni de psihologie medicală.

Ca domeniu clinic aplicativ, psihologia își află sorgintea în Statele Unite, unde L. Witmer (1896) a înființat o „Clinică psihologică” în cadrul Universității din Pennsylvania. Avînd o pregătire de bază medicală, fiind doctor în medicină al Universității din Leipzig (1892), L. Witmer este considerat ca „fondator al psihologiei clinice”. La un deceniu după numirea sa ca director al Clinicii psihologice din Pennsylvania, L. Witmer (1907) publică lucrarea *Psychological Clinic* și revista cu același nume, în care sînt consemnate obiectivele, principiile de funcționare a clinicii, metodele folosite, conținutul activității și rezultatele înregistrate în activitatea psihologică din acest domeniu medical. Menționăm că aici s-a aplicat pentru prima dată metoda clinică în accepțiunea în care aceasta este folosită astăzi, și anume aceea de studiu individual al cazului, mai ales asupra copiilor psihotici, cu deficiențe mintale, psihomotorii și tulburări de comportament. Subliniem, totodată, orientarea modernă a activității de psihologie clinică imprimată de L. Witmer, care consta nu numai în examinarea clinică și evaluarea psihometrică, ci și în aplicarea unor variate metode psihagogice și recuperatorii, precum și în efectuarea *counseling*-ului vocațional. Această activitate complexă se desfășura în echipă, la care, alături de psihologi, participau pedagogi și medici specializați în oftalmologie, O.R.L., medicină internă și ortopedie.

Activitatea clinico-psihologică promovată de L. Witmer, orientată în special asupra aspectelor vocaționale, educaționale și recuperatorii din ansamblul domeniului deficiențelor mintale, a fost continuată de W. Healy, care s-a axat mai ales asupra problemelor comportamentale. Spre deosebire de L. Witmer, care punea accentul pe deficiențele intelectual-cognitive și pe recuperarea lor prin metode de *training* cu deschideri educative, W. Healy considera că dizarmonia personalității are la bază tulburări afective a căror cunoaștere presupune o aprofundare a mijloacelor de investigație, dar și o lărgire a ariei acțiunilor recuperative ; în acest scop, el a antrenat familiile pacienților, școlile, ca și instituțiile corecționale, realizînd, în colaborare cu tribunalul pentru minori din Chicago, o „clinică comportamentistă pentru studiul delinvențelor”, din care a luat naștere ulterior „Institutul de dezvoltare juvenilă” și formele de *Child Guidance*.

În afara studiilor de evaluare a inteligenței, inițiate și dezvoltate în Franța la începutul secolului nostru de către psihologul A. Binet și medicul T. Simon (1905), care au deschis calea unei noi ramuri a psihologiei denumită ulterior „Psihodiagnostic”, menționăm apariția în Rusia a primelor lucrări de investigație clinico-experimentală intitulate *Metode clinice de cercetare psihologică a bolnavilor psihici* (A. N. Bernstein, 1908) și *Atlasul investigării psihologice a personalității* (V. Rîbakov, 1911).

Primul pătrar al secolului nostru se încheie cu apariția, în Franța și Germania, a două lucrări de referință, *La médecine psychologique* (P. Janet, 1923) și *Medizinische Psychologie* (P. Schilder, 1924), această ultimă lucrare fiind considerată ca „primul tratat dedicat acestui domeniu” (P. Pichot, 1969, p. 235).

În a doua jumătate a secolului nostru, psihologia clinică se afirmă cu deosebită vigoare în principalele țări europene, fiind ilustrată prin

lucrări de referință care poartă denumirea de „psihologie medicală”. Astfel, după studiile lui A. Lamache și P. Davost (1954) privind *Situația și valoarea psihologiei în medicină*, comunicate la Academia de Științe Morale și Politice din Franța, apar numeroase lucrări, printre care menționăm: *Études de psychologie médicale* (J. Delay, 1959), *Éléments de psychologie médicale* (D. Lagache, 1961), *Abrégé de psychologie* (J. Delay, P. Pichot, 1964 și 1967), *Traité de Psychologie Médicale* (P. Sivadon, 1973), *Psychologie Médicale* (Ph. Jeammet, M. Reynaud și S. Consoli, 1980) etc.

Concomitent cu prima comunicare de psihologie medicală din Franța, a lui A. Lamache și P. Davost, în Germania apare primul din cele trei volume ale *Manualului de psihologie clinică*, elaborat de E. Stern (1954), în care se încearcă o „adaptare” a psihologiei aplicate la domeniul medical. Celelalte două volume, publicate de același autor în 1956 și 1958, cuprind „metodele psihologice de diagnostic” și „procedeele de psihoterapie”. În aceeași perioadă, E. Kretschmer (1956) elaborează studiul monografic *Medizinische Psychologie*, lucrare de referință, în 16 capitole, între care, alături de tulburările funcțiilor psihice sînt prezentate „reacțiile personalității” (cap. 14), „expertiza psihologică” (cap. 15) și „metodele de psihoterapie” (cap. 16).

În Anglia dezvoltarea psihologiei clinice este axată asupra relației medic-bolnav, lucrarea *Medicul, bolnavul său și boala*, elaborată de M. Balint (1956), fiind ilustrativă în acest sens. Deși problematica relației terapeutice constituie cheia de boltă a psihologiei clinice, unele studii ulterioare din Marea Britanie s-au îndepărtat în mod deliberat de acest deziderat, așa cum se constată în lucrarea *Psychology in relation to Medicine* (1963) în care autorii, R. M. Mowbray și T. F. Rodger, tind spre „o abordare sintetică a comportamentului uman, interpretat ca un complement natural al studiilor privind structura și funcțiile diferitelor organe ale corpului”; cu alte cuvinte, este vorba de o deplasare a accentului de la psihologia persoanei bolnave la psihologia comportamentului uman în condițiile perturbării fiziologice și ale destrucțiunilor anatomice.

O lucrare asemănătoare este realizată în Uniunea Sovietică de către M. S. Lebedinski și V. N. Miasiscev care, în *Vvedenie v meditsinskuiu psihologhiu* (1966), pe lângă numeroase capitole de neurofiziologie și psihofiziologie, prezintă probleme de psihogenie și somatogenie (cap. 15), relațiile medic-bolnav (cap. 16), investigația clinică a bolnavului (cap. 17), bazele psihologice ale psihoterapiei (cap. 18), psihologia și farmacologia (cap. 19) etc.

De dimensiuni mai reduse, *Meditsinskaiia psihologhiia* elaborată de V. M. Banskikov et al. (1967) prezintă, în afara problematicii generale a psihologiei medicale, numeroase capitole de psihosomatică.

După cum se poate constata, cele mai reprezentative lucrări de psihologie clinică cuprind, în măsură variabilă, date, care actualmente sînt încorporate și statuate în domenii adiacente acestora cum sînt psihopatologia, psihiatria, psihosomatica, psihoterapia, psihofarmacologia, psihanaliza, psihofiziologia, defectologia etc. O analiză a raporturilor dintre psihologia clinică și unele din aceste domenii ale cunășterii umane poate contribui la o mai bună delimitare și o mai corectă evaluare a sferei și conținutului lor. Totodată, schițarea relațiilor tradiționale dintre psihologie și medicină ca și a conexiunilor și convergențelor dintre psihologie, pedagogie, sociologie și filozofie, poate reliefa mai elocvent sorgintea psihologiei clinice, sursele de inspirație și ariile sale de acțiune și interogație.

6. Conexiuni și convergențe între psihologia clinică și psihiatrie

Relațiile psihologiei clinice cu psihiatria sînt derivate din raporturile tradiționale ale acestei discipline medicale cu psihologia. Din ampla istorie a acestor relații reținem în primul rînd faptul că „cea mai veche legătură a psihiatriei este cu psihologia” (I. F. Poliakov, 1971, p. 827). Implicarea reciprocă a celor două domenii, ca și formularea explicită și invocarea acestor relații sînt regăsite cu aproape un secol în urmă, cînd V. H. Kandinski (1890) considera că „datele generale și concluziile psihologiei științifice sînt obligatorii pentru psihiatrie, deoarece psihicul, deși tulburat, nu încetează să fie psihic” (cf. V. V. Zeigarnik, 1963, p. 610). Argumentînd în același sens, S. S. Korsakov sublinia că „pentru a afla ce se întîmplă cu omul bolnav trebuie să studiem ce se întîmplă cu omul sănătos, să cunoaștem manifestările normale ale vieții psihice” (*ibidem*).

Analiza raporturilor dintre psihologie și psihiatrie confirmă în mare măsură faptul că în secolul nostru „evoluția acestor relații a fost complexă și dramatică; ea a cunoscut momente de apropiere, pînă la confundare, ca și momente de îndepărtare, chiar pînă la completa ignorare a psihologiei de către psihiatrie” (I. F. Poliakov, 1971, p. 822). Subliniind că ignorarea relațiilor dintre psihologie și psihiatrie a fost „greșită” și „anormală”, autorul consideră că fundamentarea lor cuprinde trei aspecte, și anume: a) implicarea teoriei psihologice în studiul general despre bolile psihice, b) dezvoltarea și valorificarea studiilor experimentale (psihopatologice) în cunoașterea bolilor psihice concrete, c) participarea psihologilor la îndeplinirea sarcinilor practice și a deciziilor din cadrul clinicii psihiatrice. Prin acest ultim deziderat abordăm de fapt analiza relațiilor dintre psihologia clinică și problematica psihologică din practica psihiatrică.

Dintre toate domeniile medicale, psihologia clinică păstrează cele mai strînse legături cu clinica bolilor mintale și putem afirma că relațiile sale cu psihiatria sînt nu numai tradiționale, ci și paternale. Într-adevăr, așa cum se poate constata din istoria psihologiei clinice, aceasta a apărut și s-a dezvoltat pe tărîmul psihiatriei, iar cei mai renumiți reprezentanți ai psihologiei clinice au fost medici psihiatri și au lucrat efectiv în domeniul bolilor psihice.

La rîndul său, acest domeniu al activității concrete a oferit promotorilor psihologiei clinice multiple sisteme de referință, întrucît psihiatria, univers deschis de o excepțională bogăție, „studiază tulburări polimorfe care interferează diversele aspecte ale personalității umane, situîndu-se la confluența fenomenelor biologice, psihologice, sociale și culturale” (P. Marchais, 1970, p. 1). Tocmai datorită acestui fapt, al diversității extreme a domeniului de studiu, „din psihiatrie au venit majoritatea informațiilor psihologiei clinice” (P. B. Schneider, 1969, p. 23), psihiatrii fiind aceia care au realizat apropierea dintre medicina somatică și medicina faptelor psihice care-și poate găsi cîmp fertil de dezvoltare pe terenul psihologiei clinice. În plus, prin analiza principalelor orientări și curente din psihologia clinică actuală se constată că acestea „au elemente comune în raporturile lor cu psihiatria”, iar „creatorii acestor curente sînt psihiatri” (P. Pichot, 1969, p. 236).

Fără îndoială că specificul activității practice a creat această situație privilegiată a psihiatrilor în raport cu psihologia întrucît, prin însuși

conținutul lor, bolile psihice informează și formează medicul psihiatru asupra problematicii psihologiei umane în ansamblu, acreditându-l, totodată, „apriori, cu cea mai bună cunoaștere a relațiilor psihologice ale omului bolnav și a modalităților evolutive ale relației medic-bolnav” (P. B. Schneider, 1969, p. 236).

6.1. *Caracterul interdisciplinar al psihiatriei, expresie a poziției sale particulare, ce reunește cunoștințele medicinei și psihologiei.* Constituind un domeniu deschis, cu multiple sisteme de referință, de la pavlovism la structuralism, de la psihofarmacologie la psihanaliză și de la biochimie la sociologie, psihiatria păstrează primordiale și profunde legături cu psihologia, căreia îi oferă fapte clinice de generalizare, iar prin fenomenele psihopatologice de dezorganizare, sugestii privind structurarea și funcționarea normală a vieții psihice.

Din această complexitate a domeniului psihiatriei decurge, în primul rând, dificultatea definirii sale. Astfel, deși considerată „ramură a medicinei”, psihiatriei i se conferă o anumită particularitate care o definește ca „acea ramură a medicinei care se ocupă de bolile psihice, boli a căror manifestare este comportamentală sau psihologică” (H. I. Kaplan, B. J. Saddock, 1983, p. 1). De fapt, o caracteristică a psihiatriei constă în aceea că, fenomenele psihologice și psihopatologice care o fundamentează se manifestă și pot fi analizate într-o triplă ipostază : de cauze, de simptome și de agenți terapeutici.

Obiectul de studiu al psihiatriei îl constituie tulburarea psihică cu întreaga sa infrastructură biologică. Pornind de aici, unii clinicieni, bazați pe faptul că în terapia bolilor psihice „se utilizează mai ales tratamente chimice sau metode fizice”, consideră că psihiatria cunoaște o „orientare mai ales fiziologică, atât în modul de gândire, cât și în teoria psihopatologică” (M. Balint, 1966, p. 113).

Cu toate acestea, numeroși alți cercetători subliniază relațiile primordiale psihologice ale psihiatriei. Astfel, se consideră că având ca obiect de studiu „tulburarea funcțiilor mentale”, ca și „tulburarea comportamentelor sociale” și fiind „orientată spre funcționarea persoanei globale”, psihiatria este strâns asociată cu „disciplinele medicinei clinice, pe de o parte, și cu disciplinele psihologice, pe de altă parte” (N. Tallent, 1963, p. 16).

Sub unghiuri operaționale, psihiatria este însă definită în mod diferit, în funcție de deplasarea accentului de la perspectiva etiopatogenică la cea clinico-terapeutică. *Din perspectiva etiopatogenică*, psihiatria are în vedere „elucidarea cauzelor îmbolnăvirilor, cercetarea sindroamelor și simptomelor, a legilor apariției și dezvoltării acestora, a criteriilor evoluției și prognozei tulburărilor” (B. V. Zeigarnik, 1971, p. 832). În același sens, se apreciază că „psihiatria generală studiază legile fundamentale ale apariției și dezvoltării tulburărilor activității psihice, problemele de etiologie și patogenie, natura proceselor psihopatologice, cauzele lor, principiile de clasificare, problemele de reabilitare” (O. Kerbikov, 1972, p. 5). *Din perspectiva clinico-terapeutică*, psihiatria este definită ca „o ramură a medicinei care se ocupă cu recunoașterea, tratamentul și prevenirea anormalităților și tulburărilor psihice” (W. L. Rees, 1976, p. 1).

Într-o definiție cuprinzătoare ce ține seama de ambele perspective, etiopatogenică și clinico-terapeutică, se consideră că „psihiatria reprezintă specialitatea medicală care studiază tulburările mintale, etiologia și pato-

geneza lor, organizează asistența și stabilește măsurile profilactice, terapeutice și de recuperare a bolnavilor cu afecțiuni psihice” (V. Predescu, 1976, p. 14).

Se constată astfel că obiectul de studiu al științei psihiatrice, ca de altfel și acela al psihologiei clinice, nu îl constituie propriu-zis tulburarea, ci persoana care prezintă manifestarea psihopatologică, cu anxietățile, ambiguitățile și contradicțiile sale. Din acest punct de vedere trebuie reținut că deși „psihiatria studiază, descrie și tratează maladiile mintale”, ea vizează, ca și psihologia clinică, „ființa biopsihologică” (P. Marchais, 1969, p. 247). Acest fapt se înscrie ca un alt element de convergență între psihologia clinică și psihiatrie care, lăsând în subsidiar boala, ipostaziază bolnavul, persoană umană unică în individualitatea sa care, într-un anumit moment al existenței, prezintă o reacție, un proces sau o dezvoltare psihopatologică.

Aceste considerente ilustrează deschiderea psihiatriei către psihologie și în primul rînd către personologie, care îi permite să abordeze omul bolnav în universul său structural, în relațiile sale, cu istoria și motivațiile personale, în accepțiunea sa de „om total”. Această viziune personologică a permis psihiatriei să constate că în bolile psihice există o relație strînsă între evoluția premorbidă a personalității și fenomenologia clinică a afecțiunii.

Totodată, studiile de psihologie clinică au atras atenția și au orientat observația psihiatrică asupra semnificațiilor personale ale unor aspecte ale mediului psihosocial, a factorilor psihostressanți, psihotraumatizanți și frustranți. Subliniem, de asemenea, că în psihiatria contemporană și mai ales în studiile anglo-saxone este tot mai frecvent invocată componenta exogenă a psihozelor, considerate, în psihiatria tradițională, ca fiind de natură „endogenă”.

Datorită particularităților sale, obiectul de studiu al psihiatriei (persoana umană, omul bolnav psihic) este în același timp și subiect, ceea ce face ca cercetarea, ca și activitatea clinică obișnuită, să comporte exigențe deosebite, datorită naturii fenomenelor studiate. Prin aceasta, studiul științific al psihiatriei contemporane se apropie de acela al psihologiei clinice, ambele implicînd în demersul lor epistemologic „particularități ale psihologiei umane, a căror bogăție, originalitate și suplețe scapă oricărei sistematizări” (P. Marchais, 1970, p. 3).

Convergențele și conexiunile dintre domeniile psihologiei clinice și psihiatriei actuale sînt ilustrate nu numai în planul cunoașterii clinice individuale, ci și în acela al investigațiilor complementare, în care „multe dintre tehnicile psihologice și datele obținute prin acestea sînt de o importanță fundamentală în psihiatrie” (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p.9). Cu toate că aceste metode de bordare, ca și procedeele de examinare specifice psihologiei clinice, au depășit ariile investigației psihiatrice, fiind aplicate și în alte domenii ale medicinei clinice, „nu trebuie omis faptul că baza metodologică științifică a relațiilor dintre medicină și psihologie o constituie, înainte de toate, psihiatria” (V. N. Miasiscev, 1971, p. 802).

Cu toată această bază metodologică în mod real psihiatrică, psihologia clinică își extinde preocupările dincolo de ariile acesteia, asupra fiecărui domeniu clinic medical, abordînd persoana sub unghiul psihologiei sale, în mod individual. Acest fapt a fost ilustrat prin dezvoltarea și aplicarea terapilor psihologice în majoritatea domeniilor medicinei clinice.

Înainte de toate însă, metodele de psihoterapie au realizat cele mai ample conexiuni dintre psihologie și psihiatrie unde, alături de socioterapie și de alte mijloace de reintegrare, resocializare și reprofesionalizare, au contribuit în mod esențial la umanizarea ansamblului terapeutic în general și a condițiilor spitalizării în special. În acest fel, influența psihologiei clinice asupra asistenței psihiatrice a determinat „orientările psihologice ale psihiatriei ce au dus la consecințe psihoterapeutice, socioterapeutice și reabilitative hotărâtoare, care au influențat chiar structura organizării psihiatriei” (K. Weise, 1971, p. 66). Într-adevăr, în ultimele decenii, ca urmare a influențelor și implicațiilor psihologice dar și a psihofarmacologiei, s-a înregistrat o schimbare fundamentală a pozițiilor psihiatrice, atât în cadrul științelor medicale, cât și în societate” (K. Weise, 1971, p. 59), a avut loc un amplu proces de transformare a cărui esență constă în dezvoltarea psihiatriei sociale.

Influența psihologiei, atât de marcată actualmente asupra psihiatriei, se extinde rapid și la alte domenii ale patologiei. Această extensie este determinată printre altele de situația din medicina actuală, în care fenomenologia clinică acută, tot mai limitată, lasă loc patologiei de cronicizare, ce va solicita în tot mai largă măsură aportul psihologiei, considerat esențial în demersurile de reabilitare.

6.2. *Psihologia clinică și psihiatria biologică.* Faptul că psihiatria este o ramură a medicinei are un caracter postulativ deși, sub aspectul orientărilor, ea prezintă oscilații inerente între medicina biologică și larga problematică antropologică, delimitată actualmente prin așa-numita „medicină psihologică”. Într-adevăr, realizând o disjunctie pe care o considerăm fastidioasă, unii clinicieni vorbesc de o „medicină biologică” alături de o „medicină psihologică”, ale cărei „noncongruență” și orientare „trebuie să evolueze spre complementaritate și intricare” (Lise Moor, 1972, p. 6).

Precizăm însă că psihiatria, situată, prin esența demersurilor sale, în aria medicinei are nu numai o *orientare* biologică ci, așa cum argumentează studiile genetice și biochimice, o tot mai elocventă *sorginte* biologică.

Dacă la aceste date adăugăm aporturile psihofarmacologiei, ilustrate sub aspect doctrinar prin date farmacodinamice și farmacocinetice, putem afirma că psihiatria actuală se află pregnant ancorată în „organic”, printr-un pivot etiopatogenic și prin altul terapeutic, psihofarmacologic. Studiile din aceste două domenii, ce argumentează natura organică a proceselor psihotice, au devenit tot mai concludente în ultimul sfert de secol, anulând aserțiunea unor clinicieni conform căreia „în ultima sută de ani psihiatria este în pericol de a-și pierde conexiunile cu corpul medicinei” (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 9). Cu toate acestea, nu trebuie ignorată „poziția particulară” a psihiatriei, care, după opinia autorilor, este situată între fiziologie și medicină, pe de o parte, și filozofie și psihologie, pe de altă parte.

Considerăm că această proximitate a psihiatriei a determinat diversitatea orientărilor și concepțiilor sale care se manifestă atât în explicația fenomenului psihopatologic, cât și în abordarea terapeutică a faptului psihiatric. Dacă însă teoriile etiopatogenice pot constitui într-o anumită măsură baza unor concepții etiopatogenice explicative (argumentate, dar nu suficient de elocvent demonstrate), mijloacele terapeutice au fost mai net și mai convingător validate, ilustrând astfel natura biologică a

proceselor psihopatologice. Din acest punct de vedere, cei 30 de ani de la apariția psihofarmacologiei au constituit o reconfirmare a valorii sale, ajunsă actualmente la un triumf necontestat, care a determinat o remedializare a psihiatriei.

7. Interferențe și relații între psihologia clinică și psihopatologie

O clarificare a conținutului noțiunii de *psihopatologie*, folosită într-o ambiguă sinonimie cu aceea de *psihologie patologică* sau de *patopsihologie*, impune o analiză a raporturilor sale cu *psihologia clinică*. Pe de altă parte, numeroși autori, în special sovietici, fac o distincție între *psihopatologia generală* și *psihopatologia specială*, după cum se încearcă o nuanțare, care nefiind argumentată apare ca metaforică și vag fondată, între „*psihologia patologicului și patologia psihologicului*” (E. Minkowski, 1966, p. 25).

În linii generale „psihopatologia studiază manifestările morbide ale vieții mentale” (*ibidem*, p. 3) sau „mecanisme și legile anomaliilor psihice” (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 30). Totuși cea mai completă și autorizată definiție, care de peste o jumătate de secol servește drept model de referință și sursă de inspirație, consemnează faptul că „psihopatologia constă în cunoașterea bolilor, a afecțiunilor și infirmităților mintale, adică în descrierea grupurilor de simptome sau sindroame ce caracterizează fiecare alterare mentală, în determinarea evoluției pe care o urmează, de la debut pînă la terminarea bolii și, dacă este posibil, în cunoașterea cauzelor sale” (H. Wallon, 1926, p. 1).

O altă distincție care se impune este aceea dintre psihologia patologică și psihopatologie, noțiuni folosite de cei mai mulți clinicieni într-o discutabilă sinonimie. Totuși, o analiză scrupuloasă și întrucîtva fastidioasă distinge prin *psihopatologie* „o patologie a ceea ce este psihic, deci a mentalului” (J. Favez-Boutonier, 1968, p. 449), apropiind-o astfel de psihiatrie, în timp ce, *psihologia patologică*, se ocupă mai puțin de maladia mintală, decît de ceea ce este patologic în mental, domeniul său fiind acela al „anomaliilor funcțiilor psihice” (*ibidem*) apropiindu-se astfel de psihologic. Sub alt unghi, distincția tinde să precizeze că psihopatologia se ocupă cu studiul bolilor mintale, în timp ce psihologia patologică are ca obiect de cercetare studiul funcțiilor psihice, prin observarea anomaliilor întîlnite la pacienții psihiatrici.

Pe de altă parte, diferențierea dintre psihologia patologică și psihopatologie poate fi reluată și redată sub o nouă terminologie, prin introducerea noțiunilor de *psihopatologie generală* și *psihopatologie specială*. În acest cadru, psihopatologia generală ar fi sinonimă cu psihologia patologică, în timp ce psihopatologia specială ar păstra accepțiunea inițială a psihopatologiei. În această perspectivă, se apreciază că „psihopatologia generală este știința care studiază legile obiective de alterare a activității psihice, legile îmbolnăvirii psihice a persoanei”; totodată, „psihopatologia generală se ocupă, în afară de studiul analitic și sintetic al tulburărilor psihice ca atare și de studiul cauzelor și mecanismelor generale și specifice, precum și de studiul consecințelor acestor tulburări, în planul psihologic și biologic al persoanei” (I. Iancu, 1959, p. 100).

Într-o perspectivă mai amplă, „psihopatologia generală reprezintă una din componentele patologiei generale, ... în sfera acesteia figurînd

studiul particular și general al legilor tulburării activității psihice în diferite tipuri de boli” (I. F. Poliakov, 1971, p. 822). În același timp, menționăm însă că „psihopatologia generală, deși este o disciplină cu caracter pregnant teoretic, nu se limitează la studiul speculativ al unor date teoretice, baza faptică a psihopatologiei constituind-o domeniul clinic din fiecare sector al medicinei, care-i oferă datele concrete, pe care, generalizându-le, ajută la rîndul ei clinica, înarmînd-o cu noi cunoștințe teoretice, comune domeniului respectiv al medicinei” (G. Ionescu, 1971, p. 269).

Spre deosebire de noțiunile mai sus amintite de psihopatologie (generală și specială) și de psihologie patologică, utilizate mai ales în studiile de limbă franceză și germană, noțiunea de *patopsihologie* este întîlnită mai ales în cercetările sovietice, ea desemnînd „una din ramurile psihologiei care s-a format în ultimii 20 de ani în Uniunea Sovietică, ca disciplină științifică, avînd un obiect de studiu, un sistem de noțiuni și metode de cercetare” (I. F. Poliakov, 1971, p. 829). În accepțiunea cercetătorilor sovietici, patopsihologia își conturează domeniul între neuropsihologie și psihopatologia experimentală. În demersul ei deductiv, patopsihologia pornește de la aspectul fenomenal, căutînd să răspundă întrebării *cum?* este tulburată o anumită funcție psihică, pentru a se apropia de esență, prin răspunsul la întrebarea *de ce?*. Este posibil ca noțiunea de patopsihologie să fi fost aleasă întrucît exprimă orientarea predilectă a studiilor asupra aspectelor de patogeneză a tulburărilor, asupra mecanismului de producere a acestora. Ca un argument al acestei supoziții, invocăm faptul că studiile de patopsihologie sînt axate asupra tulburărilor psihice consecutive unei suferințe cerebrale organice (traumatisme cranio-cerebrale, leziuni vasculare, tumorale sau provenite în urma ingestiei de substanțe toxice sau droguri). Spre deosebire de patopsihologie care, după opinia noastră are o sferă mai restrînsă, obiectul său de studiu fiind experimentul clinic natural, psihopatologia, cu o arie mai largă și o problemă mai complexă, încearcă să răspundă la întrebările „de ce a apărut unul sau altul dintre simptomele sau sindroamele psihopatologice, care pot fi consecințele acestui fenomen asupra comportamentului și evoluției bolnavului, cum pot fi îndepărtate, atenuate sau compensate aceste fenomene” (S. I. Rubinstein, 1965, p. 21).

Apreciînd că aceste clarificări noționale și delimitări erau necesare, întrucît „o frontieră se impune psihopatologiei” (K. Jaspers, 1928, p. 2), precizăm că „scopul psihopatologiei este de a învăța să cunoaștem viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu și cauzele sale multiple, independent de teoriile apriori” (K. Jaspers, 1928, p. 45).

Menționăm că spre deosebire de psihologia clinică ce are în vedere analiza cazului concret, a individualului și particularului, psihopatologia „nu analizează și nu descrie individualul, ci generalul, tulburările senzațiilor, percepțiilor, reprezentărilor etc. ... urmărind ceea ce se lasă exprimat în concepte, ceea ce se poate exprima în reguli, ceea ce poate fi conceput ca relație, ca raport... ea caută reguli și concepte generale pentru a satisface exigențele care i se impun în cazuri particulare” (*ibidem*, p. 1).

Cu toate că acest punct de vedere a fost larg adoptat, fiind și actualmente acceptat, există clinicieni care vor să confere acestui domeniu un conținut mai concret și un obiect de studiu mai bine precizat, o disponibilitate concret operațională, chiar atunci cînd este vorba de psihopatologia generală. Ei consideră astfel că „se desemnează o psihopatologie generală,

al cărei rol este de a defini liniile generale și principiile unei științe psihopatologice. Cimpul de observație al unei asemenea științe acoperă diferite aspecte sub care se dezvăluie faptul psihiatric: structuri ale personalității morbide, lumile delirului, relația terapeutică" (M. L. Mondzain, A. Porot, 1965, p. 458). Prin aceasta, se extinde foarte mult sfera noțiunii de psihopatologie, interferindu-se cu aceea de psihologie clinică, dar și de psihiatrie, cu atât mai mult cu cât „obiectul de studiu al psihopatologiei, faptul psihiatric, nu poate fi separat de subiect, de bolnavul psihic" (*ibidem*). În aceeași accepțiune extensivă, cu vădite implicații asupra psihologiei clinice, psihopatologia este definită ca „studiul științific al tulburărilor de comportament, al conștiinței și al comunicării cu cei din jur; ea urmărește să înțeleagă mai întâi faptul patologic printr-un efort de pătrundere în universul morbid al subiectului, sesizând semnificația simptomului pe care acesta îl trăiește; în sfârșit, ea stabilește legi generale referitoare la procesele mentale" (N. Sillamy, 1965, p. 210).

În opoziție cu acest punct de vedere, care privește psihopatologia într-o largă și desigur vagă accepțiune, definind-o prin elemente interferente cu acelea ale psihologiei clinice sau ale psihiatriei, alți autori îi restrâng în mod excesiv sfera, sărăcindu-i totodată conținutul. Astfel, se consideră că psihopatologia „constituie o parte a psihiatriei, care îi utilizează datele în scopuri terapeutice" (H. Piéron, 1963, p. 320), sau că psihopatologia s-ar reduce la „studiul asupra schimbărilor patologice ale psihicului", fiind „un capitol al psihiatriei" (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 8).

Dacă autorii mai sus menționați includ obiectul psihopatologiei în domeniul considerat mai vast al psihiatriei, alții includ ampla problematică psihopatologică în psihologia clinică. Astfel, după ce definește psihopatologia ca „știință a funcționării spiritului uman" se afirmă că aceasta ar constitui „o parte a psihologiei medicale" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 35).

Presupunem că în stabilirea raporturilor amintite, conform cărora psihopatologia ar fi o ramură a psihiatriei, autorii au avut în vedere faptul că izvorul datelor psihopatologice îl constituie mai ales clinica psihiatrică, ducă cum, de cele mai multe ori, psihiatrul, ca și psihologul din clinica psihiatrică, generalizând fapte de observație clinică, desfășoară cele mai elocvente studii de factură psihopatologică.

8. Relațiile psihologiei clinice cu psihologia socială

Atît prin sorginte și orientare, cît și prin faptul că angajează cel puțin două persoane, medicul și pacientul, actul medical este totodată un act social. Cu toate acestea, analizînd situația formării și informării personalului medical asupra problematicei sociologice, se constată, nu fără surprindere, că „în timp ce cunoștințele despre medicină și fiziologie sînt amănunțite și relativ precise, cunoștințele despre sociologie sînt vagi și imprecise" (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 3).

În condițiile actuale, cunoașterea aspectelor psihosociologice ale medicinei devine cu atît mai necesară cu cît relațiile medicinei cu psihologia clinică și cu psihologia socială se evidențiază nu numai în planul teoretic, ce vizează caracterul social al medicinei, ci și în demersul practic,

și în primul rînd investigator-anamnestie. Astfel, analiza istoriei bolii și a vieții insului, specifică psihologiei clinice, este în același timp analiza relațiilor sale cu alții, cu persoane semnificative sau cu grupuri, ambientale, familiale și profesionale, inerentă psihologiei sociale.

Relațiile domeniilor amintite sînt evidente și sub aspect practic unde constatăm că investigațiile de psihologie clinică folosesc atît mijloace de examinare individuală (teste și tehnici), cît și chestionare și scale, specifice psihologiei sociale. În plus, examenul psihologic individual, considerat ca fiind prin excelență de psihologie clinică, implică o dimensiune socială, întrucît pacientul investigat aparține unui grup, caracterizat prin standarde, norme și modele. La rîndul său, însuși examinatorul aparține unui grup social și profesional ale cărui reguli și standarde le respectă, cărora el se conformează și care, în ultimă instanță, îl modelează.

Totuși, spre deosebire de psihologia clinică, care încearcă să cunoască și să înțeleagă bolnavul în mod individual, cu disfuncția, dezadaptarea sau suferința sa, psihologia socială își propune să-l cunoască în contextul său social, în mediul său familial și profesional, conturînd astfel, chiar în condițiile bolii, cunoașterea omului total. Acest fapt are atît o valoare epistemologică, întrucît îmbogățește cunoașterea etiopatogenică, precum și o valoare euristică, de relevanță terapeutică, știut fiind că multe afecțiuni sînt generate și întreținute de factori din mediul sociofamilial sau, dimpotrivă, sînt ameliorate ori vindecate, prin organizarea sanogenetică a acestuia.

Totodată, distanțîndu-se de psihologia clinică ce este orientată, printr-un efort de înțelegere și sprijin, spre o comprehensiune angajată, psihologia socială, printr-o atitudine constatativă, se menține într-o mentalitate detașată. Prin această disjunctie a procedeele tehnice și a demersurilor epistemice, se realizează o necesară completare a cunoașterii, întrucît, spre deosebire de psihologia clinică, orientată asupra individualului și particularului, psihologia socială are viziunea ansamblului, a generalului, prin aceasta fiindu-i accesibilă sesizarea esențialului.

8.1. *Problematika socială a unor situații psihologice personale și extrapolarea lor în fapte medicale.* Analiza raporturilor dintre psihologia clinică și psihologia socială aduce în mod inerent în discuție problematica socială a bolii, a sensurilor acesteia și a dimensiunilor propriu-zis patologice care-i sînt implicate, situînd-o la distanțe variabile față de starea de sănătate.

Fără îndoială că majoritatea bolilor psihice sau somatice se întîlnesc, cu o incidență variabilă, în toate culturile, dar ce anume se înțelege prin boala respectivă, gradul de la care o anumită simptomatologie este apreciată și considerată ca boală care trebuie tratată, diferă de la un meridian la altul și, în ultimă instanță, depinde, în egală măsură, de procesul morbid, cît și de cultura dată. Constatăm astfel că, după cum există bolnavi care „se neglijează” sau „se ignoră”, considerînd că afecțiunea lor nu impune un tratament specific, tot astfel, există culturi care ignoră o boală sau alta, considerînd-o nesemnificativă sau minoră. Acest fenomen este determinat de faptul că una și aceeași fenomenologie clinică este apreciată în mod diferit în culturi diferite sau că se acordă o accepție diferită sintagmei nosografice care desemnează o anumită boală. Este cunoscut faptul că în întreaga patologie, dar mai ales în psihiatrie, acuzele sau fenomenologia clinică, invocate ca exprimînd o perturbare, pot fi înscrise pe o scală de semnificație și severitate, diagnosticul de boală fiind situat, în funcție de mediul sociocultural, în mod diferit pe această scală.

Astfel, prin termenul de „cardiopatie ischemică” este desemnată atît algia precordială ce apare în mod spontan, intermitent, sau după efort, la o persoană de vîrstă mai avansată, cit și situația în care fenomenologia precordială, algică, ilustrată printr-o manifestare specifică, este însoțită de confirmarea bioelectrică a stării de suferință miocardică. Tot astfel, „depresia” desemnează atît starea afectivă negativă, consecutivă unei pierderi (materiale, morale sau afective), unei situații psihotraumatizante, psihostressante ori frustrante, sau reactualizării unor situații penibile din antecedente, cit și starea de dezangajare, de totală renunțare, de nonparticipare, de dezinvestire, de repliere retrospectivă și ruminăție autopunitivă. Între prima situație, ce poate fi considerată comună oricărei persoane, și această ultimă manifestare a depresiei, diagnosticul cunoaște atît criterii de ordin medical, cit și patternuri statuate prin consens sociocultural. Dealtfel, putem considera că, în majoritatea afecțiunilor, simptomatologia poate fi înscrisă atît pe o scală cuprinsă între problematica și preocuparea personală față de boală și faptul clinic ce poartă o semnificație autentic-medicală.

Pornind de la acest amplu diapazon al accepțiunii noțiunii de boală, care în ultimă instanță ilustrează semnificația ei socială, putem constata că, în aria asistenței medicale tind să-și facă loc probleme și situații adiacente medicinei, ele fiind în fond fenomene de viață personală.

Această situație este favorizată de faptul că, într-o epocă relativ scurtă, pe măsura evoluției sale, societatea și-a asumat povara asistenței și ansamblului problematicei medicale. Dar, preluînd această responsabilitate față de boală, societatea nu poate fi făcută responsabilă și pentru situații personale, de impas psihologic, ce nu au semnificație medicală. Astfel, printr-o extensie a „dreptului la sănătate”, prin estomparea limitelor între faptul personal, social, și cel medical, numeroase probleme individuale sau cu implicații în domeniul psihologiei sociale sînt extrapolate în fapte „medicale”; în felul acesta, eșecurile școlare tind să devină cazuri medicale, conflictele conjugale, eludînd consilierea psihologică, pretînd terapii maritale, maleza frizează nevroza, iar bătrînețea, extrapolată în seneșcență, impune medicinei asistență. În fapt, are loc o translație a expectațiilor de la impasul individual la faptul medical a cărui satisfacere este invocată cu insistență, în virtutea dreptului social la asistență.

9. Probleme ale psihologiei clinice din perspective psihopedagogice

În strînsă legătură cu problematica socială a bolii, cu influența tot mai puternică exercitată asupra medicinei de către psihologia socială, se consideră că „una din cele mai semnificative schimbări din medicină care au avut loc în ultimii 20 de ani este creșterea influenței psihologiei în educația medicală” (R. M. Goldenson, 1970, p. 763).

Formarea psihologică a medicilor, ca și informarea lor asupra datelor de psihologie clinică, aduc în mod inerent în discuție situații de natură pedagogică cu care clinicianul, medic sau psiholog, este confruntat în practică. Nevoia de continuă instrucție și informație, impusă de progresul tehnic, științific al domeniului clinic nu trebuie să lase în umbră problemele de educație și formație; astfel, cu cit nivelul tehnic al domeniului clinic este mai elevat, cu atît clinicianul devine mai tributar calității in-

formației sale și „va resimți nevoia de a diversifica și de a relativiza această informație, situînd-o în cadrul unei perspective globale despre om în condițiile sale socioculturale” (Ph. Jeammet, M. Reinaud, S. Consoli, 1980, p. 25).

9.1. *Complianța la terapie, problemele transferențiale și regresiiile comportamentale sub unghiul pedagogiei medicale.* Atît în terapia pediatrică, precum și în patologia psihică, pedagogia medicală își confirmă contribuția în problema cooperării pacientului la tratament și a fenomenelor adiacente acestuia, descrise sub denumirea de *complianță* terapeutică. Problemă cotidiană în pediatrie, prezentă în anumite grade și manifestări în întreaga patologie, *complianța* terapeutică prezintă uneori aspecte dramatice în psihiatrie. Într-adevăr, pacientul psihiatric, asemenea pacientului „pediatric”, nu are întotdeauna conștiința bolii, nu cunoaște semnificația acesteia, fapt ce determină refuzul, hotărît sau disimulat, iar uneori opoziția manifestă, față de tratamentul care trebuie administrat. De fapt, aria fenomenelor de noncomplianță terapeutică depășește cu mult opoziționismul bolnavilor psihotici, slaba adeziune la tratament întîlnindu-se în măsură variabilă în toate domeniile clinice și în toate condițiile medicale, de la tulburările nevrotice la afecțiunile neoplazice. În plus, în afara fenomenului noncompliant manifest, nu pot fi omise remanierele de către bolnavi a posologiei medicamentelor sau a duratei tratamentelor. Astfel, studii efectuate în ultimii ani au indicat că în patologia generală nu există o strictă *complianță* la terapie decît în 15% din cazuri, acest procent fiind semnificativ mai mare la bărbați și mai mic la femei. Evident, factorii noncomplianței sînt extrem de diferiți, fiind mai ales în funcție de caracteristicile bolii, personalitatea pacientului, complexitatea și durata tratamentului, ca și de ampla fenomenologie relațională, în special transferențială, dintre medic și bolnav. Acești factori, întîlniți nu numai în cadrul clinicii psihiatrice, ci și în alte domenii clinice, sînt susceptibili de a fi în mod evident influențați prin procedee pedagogice. Intervenția acestor procedee își ilustrează eficacitatea și în situația unor factori de înaltă relevanță în ansamblul elementelor acreditate să asigure o bună *complianță*. Astfel, știut fiind că durerea este un element esențial în acceptarea și respectarea tratamentului, s-a constatat că chiar în afecțiuni algice, ca artrita reumatoidă, *complianța* poate să scadă de la 69% la 20%, cînd sînt ignorate aspecte relaționale, înscrise în ansamblul măsurilor pedagogiei medicale.

Influența pedagogiei asupra psihologiei clinice se exercită nu numai în privința problematicei medicale a copilului, așa cum se consideră în mod empiric, ci, în egală măsură, și în aceea a adultului bolnav, fapt relevat în mod elocvent de *fenomenul regresiei comportamentale*. Ilustrat printr-un ansamblu de manifestări atitudinale, în care sînt prezente dorințele, aspirațiile și explicațiile, ca și labilitățile specifice unor perioade din copilăria pacientului, fenomenul de regresie este întîlnit în fiecare boală, fiind variabil în funcție de pacient și de condiția medicală. Analiza acestor probleme ne-a dezvăluit faptul că fenomenul de „regresie psihică” pe care-l denumim de „regresie comportamentală” este în funcție de structura psihică a persoanei, de personalitatea premorbidă, experiența de boală a pacientului, ca și de natura afecțiunii prezentate, de gradul de severitate și de momentul evolutiv al acesteia. Desigur, în bolile psihice se constată o regresie comportamentală mai puternică decît în bolile somatice, ceea

ce determină o dependență mai accentuată a pacienților față de terapeut, evoluția ei constatându-se, în grade și sub forme variabile, chiar și în perioadele de remisiune.

Complexa fenomenologie transferențială, prezentă în fiecare relație interpersonală, se instituie de asemenea ca o problemă de pedagogie medicală. Ansamblul atitudinilor și sentimentelor terapeutului față de pacient, ca și totalitatea aspirațiilor, expectațiilor și convingerilor pacientului față de terapeut, respectiv *reacțiile de transfer și contratransfer* care influențează și chiar condiționează nu numai succesul oricărei psihoterapii ci însăși acțiunea farmacodinamică a medicamentelor, se înscriu în întregime în aria unei pedagogii medico-terapeutice. De fapt, fenomenul *placebo*, atât de evident constatat de clinicieni și de elocvent ilustrat la unele persoane, mai ales în primele stadii ale aplicării tratamentului, se datorește înaltei investiții a pacientului asupra acțiunii terapeutice, induse prin mecanisme pedagogice empirice.

Subliniem însă că minuirea relațiilor transferențiale, a fenomenelor regresiei comportamentale, ca și asigurarea complianței la terapie (care implică numeroase cunoștințe de pedagogie), nu pot fi reduse la însușirea unor date și observații empirice desprinse din practica activității clinice. Dimpotrivă, aceste probleme se înscriu în instrucția explicită și deliberat-organizată a studenților și medicilor, statuându-se într-o componentă importantă a formării lor clinice, bazată pe datele unei pedagogii medicale științifice.

9.2. *Pedagogia medicală în condițiile cronicizării stării de boală.* Deși tinde spre emancipare, bucurându-se de o tot mai largă și justificată acceptare, pedagogia medicală se află în strînsă interferență nu numai cu psihologia clinică, ci și cu clinica geriatrică, precum și cu alte domenii adiacente ca pediatria, psihiatria, psihosociologia, etica etc. Ea se prezintă sub forma unei „psihopedagogii medico-sociale”, concepută „ca o sinteză simplificată a multiplelor cunoștințe psihologice, pedagogice, medicale și sociologice, în aspectele lor dinamice, aplicate la totalitatea biopsihosocială care constituie întreaga ființă umană” (R. Lafon, 1963, p. 500)

Aceste aspecte, ce pot alcătui o veritabilă antropologie medicală, devin și mai evidente în situația cronicizării stării de boală. În plus, o boală care prezintă acest potențial poate schimba viața pacientului în mod radical, atât în privința rolului, cît și a statutului său profesional. În privința conținutului măsurilor de asistență, menționăm că, dacă în faza acută a bolii în prim-planul acțiunilor figurau intervențiile clinico-terapeutice, în stadiul de cronicizare un rol esențial revine aspectelor psihopedagogice; pacientul trebuie readaptat și educat în vederea acceptării compromisului între modurile de viață permise și limitările impuse, între posibilitățile și exigențele noii sale situații biopsihologice. În aceste condiții aportul pedagogiei medicale își desvăluie virtuți esențiale, comparabile cu cele constatate la vîrsta de școlaritate, în cadrul procesului instructiv-educativ întrucît „comportamentul oamenilor cînd cad în boală, ca și modurile lor de a lupta împotriva bolii cronice, ar putea furniza un material la fel de bogat ca cel cules prin observarea evoluției copilului spre maturitate” (M. Balint, 1966, p. 257). În fond, boala determină o limitare a libertății care, atunci cînd se prelungește în mod cronic, implică o trăire psihică ce impune o atitudine terapeutică, în mod esențial pedagogică.

10. Educația etică și psihologia clinică

Demersul practicii clinice, de la observație și investigație și pînă la conduita terapeutică, este marcat de o componentă etică a cărei dimensiune se înscrie pe un amplu evantai între atitudinea naturală exemplară și reglementarea juridică.

Considerăm că prin intermediul psihologiei clinice se realizează o reevaluare a eticii practicii medicale și o mai mare deschidere asupra complexelor probleme ale eticii profesionale. Aceasta este posibilă și datorită faptului că prin însăși formarea, ca și prin conținutul activității sale, psihologul clinician este mai abilitat și mai sensibilizat asupra datelor eticii decît medicul practician, apreciindu-se că „activitatea profesională a psihologului din clinică este, în esența ei, o problemă etică” (N. Hobbs, 1973, p. 1513).

Relațiile dintre cele două domenii, etic și psihologic, pot fi analizate nu numai din punctul de vedere al normelor și valorilor morale ce trebuie implementate în actele și conduitele medicale, ci și sub unghi opus, pornindu-se de la activitatea clinică medicală la conștiința morală, cu atît mai mult cu cît sistemul regulilor de comportament al medicului, înscris în deontologie „este determinat de psihologie” (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 16).

Sub aspectul normelor morale medicale sînt analizate în primul rînd relațiile interpersonale dintre medic și bolnav, care însoțesc pe cei doi protagoniști ai actului medical de la inițierea relației anamnestice pînă la încheierea acțiunii terapeutice. În cadrul acestora, expectațiile pacientului sînt în strînsă dependență nu numai de valoarea profesională, ci și de ținuta morală a terapeutului, „încrederea bolnavului fiind inseparabilă de conștiința morală a medicului” (G. Heuyer, 1966, p. 291).

În afara aspectelor etice ale relației terapeutice, în cadrul normelor morale se înscriu și relațiile extraprofesionale (denumite, sub acest unghi, colegiale), care preconizează abținerea clinicianului de a minimaliza ori denigra pregătirea profesională sau orientarea terapeutică a altuia sau de a dezvălui, în fața pacientului, o eventuală eroare a colegului, știut fiind că „aceste aspecte, referitoare la etică, amenință în ultimă instanță evoluția stării bolnavului” (V. M. Banskikov, V. S. Gusikov, I. F. Miagkov, 1967, p. 173).

Pentru a se evita astfel de abateri de la normele morale, în unele țări, etica profesională este reglementată printr-un „cod de deontologie”. Astfel, Societatea Franceză de Psihologie a elaborat un cod deontologic, ale cărui paragrafe cuprind reguli de conduită morală a căror valoare poate fi considerată universală. Acestea vizează:

— *etica profesională*, în cadrul căreia se stipulează că în „exercitarea profesiei, psihologului îi este interzis orice act sau cuvînt ce ar putea atinge demnitatea ființei umane”; de asemenea, el „este conștient de necesitatea de a fi obiectiv circumspect cînd acțiunea sa implică noțiuni relative, ca : normal, anormal, adaptat, dezadaptat etc., care se cer aplicate persoanelor sau raporturilor dintre ele;

— *secretul profesional*, care se referă la „tot ceea ce psihologul a văzut, a auzit sau a înțeles în cursul practicii sale”; totodată, „în afara cazurilor de obligație legală, secretul trebuie păstrat în vorbe, ca și în conversație și în difuzarea documentelor”;

— *respectul altuia*, prin care „psihologul trebuie să interzică orice act sau cuvânt susceptibil de a vătăma persoane fizice sau morale de care se ocupă profesional”; în plus, psihologul „nu trebuie să se folosească de mijloace profesionale pentru a se asigura de avantaje personale”;

— *informarea științifică*, în virtutea căreia „fiecare psiholog trebuie să se informeze în mod constant asupra progreselor disciplinei sale”, manifestînd, în același timp, „grija de a comunica știința sa cît de complet posibil, într-un spirit de exactitate și adevăr”;

— *autonomia tehnică*, prin care numai psihologul are „grija și responsabilitatea alegerii metodelor pe care le folosește” și, în același timp, „să refuze orice angajament pe care starea prezentă a tehnicilor sale nu-i permite să și-l asume”;

— *independența profesională*, conform căruia, psihologul clinician, deși membru a echipei terapeutice, „nu trebuie să accepte condiții ce ar putea să atingă independența sa profesională, adică l-ar împiedica să aplice principiile deontologice enunțate”.

După cum se poate constata, conduita morală a psihologului în clinică vizează ansamblul activităților și relațiilor sale, de la utilizarea mijloacelor investigatorii la alegerea metodelor psihoterapeutice, de la modul de relaționare cu pacienții la stilul de raportare cu colegii, de la datoria de informare științifică la devotamentul ilustrat în activitatea clinică. Depășind, după cum constatăm din paragrafele codului deontologic, aspectele etice ale aplicării psihoterapiei, „etica psihologului clinician este mai mult decît un simplu compendium de reguli pentru manevrarea contratransferului” (N. Hobbs, 1973, p. 1507). Aceasta cu atît mai mult cu cît, prin înseși dezideratele sale, psihologia clinică are în vedere o „abordare sintetică a omului, înseriînd individul în lumea valorilor familiale, profesionale și sociale care-i este proprie” (A. Lamache, A. Burloud, P. Davost, 1960, p. 48).

În privința învățămîntului eticii, devine tot mai elocventă opinia că actualmente etica medicală este tributară și dependentă de etica „filozofică”, în sensul că studiile existente, bazate în exclusivitate pe elemente cognitive, ignorînd componentele afective, au o orientare profund raționalistă. Astfel, se consideră că sub hegemonia școlilor cognitive, în etică s-a urmat o concepție baconian-carteziană în care cunoașterea este obținută în mod fragmentar prin unități distincte și organizată în categorii logice. Această linie de gîndire a fost reconfirmată și argumentată de Kant, în concepția căruia, numai facultățile raționale ale ființei umane sînt relevante pentru etică. Din acest punct de vedere, ceea ce simte o persoană ar fi nesemnificativ sub aspectul moral al actului pe care aceasta îl întreprinde sau pentru alegerea pe care o face; altfel spus, sprijinul acordat din dragoste sau compasiune nu are valoare etică.

În medicină însă, acest sistem etic este insuficient intrucît „pentru medic este nefolositor să știe ce este bine dacă nu îl face” (R. C. Sider, C. Clements, 1982, p. 499). Din acest punct de vedere, se consideră că din sistemul eticii medicale nu trebuie eliminat factorul afectiv; dimpotrivă, sub influența psihologiei clinice, educația etică și însușirea datelor eticii trebuie să cuprindă stimularea imaginației morale și dezvoltarea sentimentului de datorie morală, evitîndu-se „accentul pus pe raționament și argumentare... pe analiza critică și utilizarea metodelor raționale” (R. Macklin, 1980, p. 84).

Fundamentată, stimulată și modelată de sistemul social, etica medicală contribuie la formarea unui mediu moral de înalt nivel umanitar în care normele morale să devină inerente valorilor profesionale, fiind tot atât de importante în cadrul activității clinice, ca și cunoștințele științifice și deprinderile tehnice.

BIBLIOGRAFIE

- Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1966.
- Bansikov, V. M., Gusikov, V. S., Miagkov, I. F., *Mediŭinskaia psihologhiia*, Moskva, Izd. Mediŭina, 1967.
- Chabalier, G., *Psychologie clinique*, „Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie” (red. R. Lafon), Paris, Press. Univ. France, 1963, p. 496.
- Delay, J., Pichot, P., *Abrégé de psychologie*, Paris, Masson, 1967.
- Favez-Boutonier, J., *Psychologie clinique et psychologie médicale*, „Ann. méd.-psychol.”, 1961, 9–10, 321–325.
- Favez-Boutonier, J., *L’objet de la psychologie clinique*, „Bull. psychol.”, 1968, 226, 21, 8, 449–451.
- Fedida, P., *Percéption et compréhension clinique en psychologie; instrumentalité et concepts*, „Bull. psychol.”, 1968, 270, 21, 908–929.
- Goldenson, R. M., *Medical Psychology, The Encyclopedia of Human Behaviour. Psychology, Psychiatry and Mental Health*, New York, Doubleday, 1970.
- Guillaumin, J., *La signification scientifique de la psychologie clinique*, „Bull. psychol.”, 1968, 270, 21, 936–949.
- Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie Médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1966.
- Hobbs, N., *Ethics in Clinical Psychology, Handbook of Clinical Psychology*, (B. B. Wolman ed.), New York, McGraw-Hill Book Company, 1973, 1507–1514.
- Iancu, I., *Unele probleme actuale ale psihopatologiei generale și sarcinile dezvoltării acestei științe în țara noastră*, „Revista de psihologie”, 1959, 3, p. 99–119.
- Ionescu, G., *Asupra accepțiunii noțiunilor de psihologie medicală, psihologie clinică, psihopatologie și psihiatrie*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia”, 1971, 16, 3, p. 265–272.
- Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973.
- Jaspers, K., *Psychopathologie générale* (trad. d’après la troisième édition allemande par A. Kaster et J. Medouse), Paris, F. Alcan, 1929.
- Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., *Psychologie Médicale*, Paris, Masson, 1980.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, Williams Wilkins, Baltimore, London, 1983.
- Kerbikov, O. et al., *Psychiatrie*, Moscou, Ed. Mir, 1972.
- Kretschmer, E., *Medizinische Psychologie*, Stuttgart, G. Thieme, 1956.
- Lafon, R., *Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l’enfant*, Paris, Press. Univ. France, 1963.
- Lagache, D., *Eléments de psychologie médicale*, „Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie”, 1961, 3, 37030 A¹⁰, p. 1–2.
- Lamache, A., Burloud, A., Davost, P. H., *Préliminaires à une psychologie médicale*, Paris, „L’Expansion scientifique française”, 1960.
- Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v mediŭinskuiu psihologhiu*, Leningrad, Izd. Mediŭina, 1966.
- Macklin, R., *Problems in the teaching of ethics: pluralism and indoctrination*, in *Ethics Teaching in Higher Education* (D. Callahan, S. Box eds.), New York, Plenum Press, 1980.
- Marchais, P., *Prospective des rapports entre la psychologie médicale et la psychiatrie*, „Ann. méd. psychol.”, 1969, 127, 2, p. 247–253.
- Marchais, P., *Psychiatrie et méthodologie*, Paris, Masson, 1970.
- Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., *Clinical Psychiatry*, London, Baillière, Tindal-Cassel, 1969.
- Miasiscev, V. N., *K Voprosu o znaceniï psihologhiï dlia mediŭinï*, „Jurnal nevropatologhiï i psihiatrii imeni S. S. Korsakova”, 1971, 71, 6, p. 801–802.
- Minkowski, E., *Traité de psychopathologie*, Paris Press-Univ. France, 1966.
- Moor, Lise., *Eléments de psychologie médicale*, Paris, „L’Expansion Scientifique Française”, 1972.
- Mowbray, R. M., Rodger, T. F., *Psychology in relation to medicine*, Edinburg, London, E. S. Livingstone Ltd., 1963.
- Pichot, P., *Psychologie médicale et psychiatrie*, „Ann. méd. psychol.”, 1969, 127, II, 2, p. 233–249.

- Piéron, H., *Psychologie clinique*, "Vocabulaire de la psychologie", Paris, Press. Univ. France, 1963, p. 319.
- Poliakov, I. F., *Psihologhia i psihiatritia*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatritii imeni S. S. Korsakova”, 1971, 71, 6, 821—830.
- Porot, A., *Psychopathologie*, Manuel alphabétique de psychiatrie, Paris, Press. Univ. France, 1965.
- Predescu, V., *Psihiatritie*, București, Edit. medicală, 1976.
- Rausch-Traubenbergl, Nina, *Images du psychologue clinicien*, "Bull. psychol." 1968, 270, 21, p. 1015—1019.
- Rees, W. L. L., *A Short Textbook of Psychiatry*, London, Sydney, Toronto, Hodder and Stoughton, 1976.
- Rubinstein, S. L., *Ispolzovanie eksperimentalnovo metoda dlia izucenia psihopatologicheskikh iavlenii*, „Voprosi eksperimentalnoi patopsihologhii”, Moskva, Ministerstvo zdrahovhranenia, 1965, p. 14—41.
- Săhleanu, V., Athanasiu, A., *Elemente de psihologie medicală*, București, Edit. medicală, 1983.
- Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, "Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie", 1967 5, 37032 A, p. 1—12.
- Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, Paris, Payot, 1969.
- Schraml, W. J., *Précis de Psychologie clinique*, Paris, Press. Univ. France, 1973, p. 9.
- Shakow, D., *Clinical Psychology*, "Comprehensive Textbook of Psychiatry", III, vol. 3 (H. I. Kaplan et al. eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2990—3000.
- Sider, R. C., Clements, C., *Psychiatry's Contribution to Medical Ethics Education*, "Am. J. Psychiat.", 1982, 139, 4, p. 498—501.
- Sillamy, N., *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1965.
- Sivadon, P., *Traité de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1973.
- Tallent, N., *Clinical Psychological Consultation*, London, Prentice-Hall, Inc., 1963.
- Veil, Cl., *Les psychiatres ont-ils vocation à enseigner la psychologie médicale?* „Ann. méd. psychol.", 1969, 127, 2, p. 254—257.
- Wallon, H., *Psychologie pathologique*, Paris, Alcan, 1926.
- Weisse, K., *Stellung und Function der Psychopathologie*, in : „Sozial-psychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft" (B. Schwarz, K. Weise, A. Thom, red.), Veb Georg Thieme, Leipzig, 1971, p. 59—89.
- Zazzo, R., *Les ambiguïtés de la notion de Psychologie clinique*, "Bull. psychol." 1954, 7, 5, p. 314—319.
- Zeigarnik, B. V., *Psihologhia i psihiatritia*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatritii imeni S. S. Korsakova", 1963, 4, p. 609—617.
- Zeigarnik, B. V., *Nekatorie actualne problemi patopsihologhii*, „Jurnal nevropatologhii i psihiatritii imeni S. S. Korsakova", 1971, 71, 6, p. 831—834.

CONDIȚIA PSIHOLAGICĂ ÎN MEDICINA CLINICĂ

1. Caracterul tradițional al relațiilor dintre psihologie și medicina clinică ilustrat prin unitatea somatopsihică

Ca știință a omului aflat în suferință, medicina a preconizat întotdeauna necesitatea abordării individuale și comprehensibile a ființei umane; privit inițial ca un deziderat, acest mod de abordare, prin continuă și constantă aplicare, a devenit un postulat care a călăuzit gândirea clinică și practica medicală de-a lungul întregii sale istorii. Totuși, deși istoriografia modernă aduce date privind cunoașterea corelatelor psihologice ale manifestărilor somatice încă din cele mai vechi timpuri, numai medicina Greciei antice conferă unității somatopsihice a bolii și caracterului unitar al trăirii suferinței, interpretări și accepțiuni care pot fi considerate științifice. Astfel, școala din Cos, ale cărei opere sînt atribuite lui Hipocrat, postulează faptul că pentru a cunoaște corpul omenesc și tulburările sale trebuie să avem cunoștințe despre totalitatea cauzelor, iar în vederea realizării unui bilanț etiologic complet preconizează necesitatea cunoașterii constituției fizice, a organizării psihice, precum și a mediului fizic și social al bolnavului. Preconizînd o viziune de ansamblu, integratoare și dinamică asupra omului bolnav, sub unghiul comprehensiunii sale unitare, școala din Cos se opunea concepției specifiste a abordării fragmentare promovată de școala din Cnidos.

Această opoziție în abordarea și înțelegerea omului bolnav, întîlnită la cele două școli medicale de prestigiu ale antichității, a fost perpetuată de-a lungul secolelor și cristalizată în concepții etiopatogenice și terapeutice diferite care se regăsesc astăzi într-o unitate contradictorie a cărei esență dialectică o considerăm pe deplin veridică. Astfel, concepția comprehensivă și în fapt materialistă a școlii din Cos vizează *modul de înțelegere* unitară a bolnavului și se manifestă în raționamentul clinicienilor, fiind expresia convingerii lor doctrinare, în timp ce concepția școlii din Cnidos a cuprins *modul de abordare*, de investigație și cercetare care impune analiză, abstractizare, aprofundare.

La rîndul ei, medicina antichității romane, prin reprezentantul său de frunte, Galen, creatorul tipurilor temperamentale, a demonstrat corelația, constant reluată pînă în zilele noastre, între constituția fizică și comportament. Astfel, se considera că manifestările psihice, în special cele de ordin pulsional, sînt o consecință a combinării în proporții variabile a celor patru umori fundamentale (sîngele, bila, flegma și limfa) care, la rîndul lor, prin exces sau insuficiență, pot tulbura starea psihică. În felul acesta, Galen a exprimat în modul cel mai explicit ideea conform căreia „corpul tinde să fie afectat de stările mentale”, fapt pentru care a fost considerat „precursor al doctrinelor psihosomatice” (P. Pichot, 1968, p. 11).

Se constată astfel că medicina antichității a sesizat, și nu rareori a cercetat, implicațiile psihologice ale bolilor somatice și prin aceasta a creat premisele relațiilor dintre psihologie și medicină. Reținem totodată faptul că „în perioadele civilizației antice asiro-babiloniene, grecești și romane a fost recunoscută importanța legăturilor psihic-corp, deși natura acestor relații a fost interpretată diferit, în funcție de variabile culturale” (H. I. Kaplan, 1967, p. 1036). Cu toate aceste interpretări diferite, determinate de structura socială specifică, se poate afirma că antichitatea, recunoscând unitatea somato-psihică, a promovat o medicină holistică, în care datele psihologice constituiau argumente esențiale în aprecierea etiopatogenică și orientarea terapeutică.

Spre deosebire de antichitate în care corelațiile psihologiei cu medicina erau frecvent atestate, evul mediu nu permite avansarea și detașarea unor idei demne de-a fi reținute de psihologia clinică actuală. Pot fi remarcate însă sublinierile celebrului medic englez Sydenham, denumit „Hipocrate al Angliei”, asupra naturii psihice sau organice a unei afecțiuni, care se poate manifesta clinic prin simptome asemănătoare. Totodată, el a insistat asupra etiologiei psihogene a unor afecțiuni, introducând în medicină doctrina denumită „psihologism”.

Ideile lui Sydenham au fost dezvoltate și în bună parte clarificate de școala medicală italiană a secolului 18 care, prin Baglivi, evidențiază importanța stărilor emoționale în etiologia afecțiunilor somatice. Se subliniază astfel că emoțiile nu se instituie numai în concomitență ale tulburărilor somatice, ci constituie deseori cauza lor directă, întrucât „este un adevăr evident pentru toți că o mare parte din boli își trag originea din grijile care apasă pe umerii fiecăruia” (Baglivi, cit. P. Pichot, 1968, p. 15).

Interrelațiile dintre tulburările psihice și cele somatice au fost exprimate în mod inspirat prin noțiunea de *psihosomatică* lansată de către Heinroth (1818), care căuta să argumenteze „etiologia morală” a bolilor, în general, și a psihozelor, în particular. Demersul deductiv al influenței bolilor somatice asupra stării psihice a fost exprimat de către Jacobi (1822) prin termenul de *somatopsihic*. Cu toate că aceste noțiuni au fost larg acceptate și rapid răspindite, elementele care vor fundamenta orientarea psihosomatică modernă au fost expuse, cu două decenii mai târziu de către Cabanis (1843), în remarcabila sa lucrare *Relațiile dintre fizic și moral*.

În ultimele două decenii ale secolului trecut, sînt elaborate studii care pot fi considerate clasice în domeniul relațiilor dintre psihologie și medicină, ca și al relațiilor dintre tulburările psihice și cele somatice. Astfel, Fabre (1880) militează pentru a imprima în medicina epocii o gândire corelativă în sensul analizei și interpretării relațiilor dintre tulburările psihice și funcțiile somatice viscerele întrucît, conform opiniei sale, „se vede că o alterare nervoasă alterează un viscer, iar alterarea funcționării viscerului perturbă sistemul nervos” (Fabre, cit. P. Silva, 1959, p. 30).

Rolul psihopatogenetic al emoțiilor în etiopatogenia manifestărilor somatice este în mod elocvent prezentat și argumentat de către Féré (1892) în lucrarea *Patologia emoțiilor*, care este considerată un veritabil tratat de medicină psihologică. Bazat pe un spirit de observație particular și realism clinic surprinzător pentru epoca sa, Féré subliniază faptul că reacțiile și manifestările somatice, consecutive emoțiilor, sînt asemănătoare cu acelea care rezultă din acțiunea agenților fizici; totodată, el menționează faptul că atît agenții externi, cît și reprezentarea lor emo-

țională pot determina reacții generale și locale, variabile în funcție de condițiile anterioare ale persoanei.

În ultimul deceniu al secolului trecut, spitalul Salpêtrière din Paris a devenit un centru al studiilor privind relațiile dintre stările psihice și manifestările somatice, domeniu în care s-au acumulat observații și s-au elaborat lucrări considerate actualmente clasice. Acest fapt a fost posibil întrucât aici au lucrat, sub conducerea lui Charcot, psihologi și medici de renume mondial ca M. Bernheim, A. Binet, S. Freud, P. Janet și alții, care, plecând de la studiul somatizării tulburărilor psihice din isterie, au deschis marele capitol al interferențelor dintre afecțiunile somatice și tulburările nevrotice. Această împrejurare i-a permis lui S. Freud să elaboreze la Salpêtrière multe din ideile de bază ale psihanalizei, pe care elevii săi au statuat, în secolul nostru, ceea ce putem denumi *psihosomatica psihanalitică*. Astfel, în 1893, S. Freud împreună cu Breuer publică în *Neurologisches Centralblatt* studiul *Asupra mecanismului psihic al fenomenelor isterice*, lucrare programatică a psihanalizei, care postulează existența „traumelor psihice” atât de puternic incriminate în patogenia nevrozelor și a bolilor psihosomatice. Tot aici este prezentat și *mechanismul abreacției*, fenomen de eliminare a elementelor patogene care condiționează eficiența intervenției psihoterapeutice, ca și *mechanismul conversiei*, definit de Freud ca o transpoziție a sumei de emoții în corporal, în vederea neutralizării reprezentărilor incompatibile.

Cu toate că *mechanismul conversiei* nu a fost încă elucidat și acest „salt misterios de la psihic la somatic” (S. Freud) rămîne să fie descifrat, în prima jumătate a secolului nostru s-au adunat numeroase date și fapte de observație clinică, s-au avansat supoziții și teorii patogene privind influența factorilor psihotraumatizanți, frustranți și psihostressanți în apariția și evoluția celor mai multe boli somatice. Într-adevăr, așa cum se subliniază „în apropierea psihologiei de medicină o mare însemnătate a avut-o studiul reacțiilor psihogene, al nevrozelor, ca și al bolilor psihosomatice” (V. N. Miasiscev, 1971, p. 802). Prin aceasta, implicațiile psihologice asupra medicinei clinice au devenit neîndoielnice, ele fiind actualmente supuse studiului prin minuțioase programe științifice, în fiecare domeniu al bolilor somatice. Astfel de studii se impun, din numeroase considerente, dar mai ales în virtutea faptului că actul medical, deși științific în plan teoretic, devine, sub aspect practic, un fapt psihologic. Acest demers, de la medical la psihologic, fără a fi mai puțin științific, în ciuda caracterului său empiric, constituie o trăsătură constantă a fiecărui act clinic „ce asigură extraordinara unitate a medicinei în toate locurile și în toate timpurile” (A. Lamache, A. Burloud, P. Davost, 1960, p. 21).

În ultimele decenii implicațiile psihologice asupra medicinei clinice au devenit axiomatice, rolul psihologiei fiind recunoscut „nu numai în relația terapeutică și în motivația de vindecare a pacientului, ci și în faptul că medicii au devenit conștienți de existența unor factori emoționali asociați cu boala însăși” (R. M. Goldenson, 1970, p. 763). Acest fapt este acceptat de toate școlile medicale, întrucât „independent de caracterul specialității sale, orice medic care abordează o boală, analizînd particularitățile evoluției sale, studiază totodată starea psihică a bolnavului: conștiința, dispoziția, conduita, atitudinea față de boală” (O. Kerbikov et al., 1972, p. 6).

În epoca noastră psihologia clinică, bazată pe tradițiile sale integrative și înalt-umanitare, pune în centrul preocupărilor sale omul aflat în

suferință, abordindu-l într-o viziune dinamică și comprehensivă, în istoria dezvoltării psihoindividuale și sociale, din care desprinde semnificații esențiale, care-i permit orientarea realistă asupra stării prezente și perspectivei sale.

2. Contribuția personologiei la implicarea clinică a psihologiei

Preocupările și studiile din domeniul personalității au cunoscut în ultimele decenii o deosebită amploare, datorită necesității unei viziuni integrative asupra omului în stare de sănătate sau de boală; în plus, studiul personalității s-a dezvoltat și ca o replică asupra analitismului excesiv și interpretării unilaterale și acontextuale a unor funcții sau procese psihice izolate.

Menționăm de asemenea faptul că deși conceptul de personalitate a fost cunoscut încă din antichitate, el a fost folosit inițial de către medici, care au descris „maladii ale personalității”, „personalități psihopatice”, „dedublarea personalității” etc. De la această abordare inițială a personalității în patologie, s-a trecut la studiul ei în psihologie, cercetările fiind întreprinse însă tot de către medici, și anume de psihiatri, care aveau o mai mare deschidere și un plus de informare asupra problematicei psihologice și sociale. În acest context se subliniază că în special psihopatologiei franceze „îi revine onoarea de a fi pus în psihologie problema personalității și de a fi căutat formule teoretice care să țină seama de manifestările ei normale și morbide” (D. Lagache et al., 1965, p. 4). Plasarea problematicei personalității în centrul preocupărilor din acest domeniu a constituit un punct de vedere larg acceptat, devenind treptat un postulat, prin sublinierea faptului că psihologia clinică „reliefează și delimitează rolul și locul particularităților psihice ale personalității în prevenirea, apariția, evoluția și terapia afecțiunilor, în păstrarea și consolidarea sănătății” (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 5).

Pe de altă parte, în afara legăturilor tradiționale între psihologie și medicină, a rolului imens pe care psihologia îl are nu numai în înțelegerea faptului medical, ci și în desfășurarea actului medical, trebuie amintită asertiunea conform căreia „originea teoriilor personalității datorează foarte mult profesiei medicale și exigenței practicii medicale” (C. Hall și G. Lindzey, 1957, p. 4). Într-adevăr, făuritorii celor mai interesante teorii ale personalității (P. Janet, S. Freud, C. G. Jung, Mc Dougall, I. P. Pavlov ș.a.) au avut nu numai o instrucție de bază medicală, dar au și practicat în domeniul medical. Chiar dacă prin formația lor primară aceștia (ca și mulți alții) nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu al medicinei, în care multe din observațiile lor constituie achiziții prețioase, probabil definitive.

Cu toate acestea, psihologia academică, în autoexigența și scrupulozitatea sa, fixată rigid pe anumite poziții teoretizante, nu a manifestat suficientă deschidere asupra acestor opinii ce veneau din afară, din partea unor cercetători care, prin dezinvoltura construcțiilor teoretice, minimalizau aspectele experimentale în favoarea datelor observațional-comportamentale. Pe de altă parte, aceștia, eliberați de percepțele psihologiei tradiționale, dar și de disciplina și rigoarea unor norme și criterii consi-

derate etern valabile și atotcuprinzătoare, au putut avansa, în domeniul de studiu, desigur inepuizabil, al psihicului uman.

Terenul faptelor psihopatologice a permis cercetătorilor din domeniul personalității să formuleze, să caute și să construiască răspunsuri la unele probleme care, cel puțin sub aspectul practicii și al necesităților imediate, se situează în centrul problematicei antropologice. Desigur, din aceste întrebări nu puteau lipsi acelea cu privire la etiologia și patogenia diverselor stări și sindroame psihopatologice, la motivațiile comportamentului aberant etc.

Spre deosebire de cercetătorii psihologiei clasice, tradiționale, teoreticienii personalității erau mai pragmatici în orientare și aveau mai mare dezinvoltură în interpretarea fenomenelor observate. Deși uneori construcțiile lor teoretice asupra structurii psihologice a insului erau doar orientative sau formate din elemente plauzibile și „apriori inteligibile” (K. Jaspers), ei se bazau în general pe faptele observației cotidiene, înălțind edificiul teoriei lor pe cărămidile arse în focul experimentului pe care natura îl realiza cu mintea omului.

Bazați pe experimentul realizat de beală, teoreticienii personalității s-au axat implicit pe aprecierea persoanei în contextul său social și respectiv relațional. De fapt, nu numai din perspectiva psihologiei și a personologiei, ci din însuși interiorul medicinei și al practicii medicale se solicită, „în mod manifest, un efort, nu numai material ci și pe planul ideilor și reflexiei, în vederea luării în considerație a parametrilor legați de personalitatea pacientului și a mediului său” (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1980, p. 11). Tocmai de aceea, considerăm că studiul personalității se dezvoltă atât ca o replică la analitismul excesiv și la interpretarea unilaterală și acontextuală asupra unor aspecte, funcții sau procese psihice, cât și datorită necesității unei viziuni integrative asupra omului, în stare de sănătate sau de boală. Astfel, fiecare teorie a personalității pledează, într-o măsură mai mare sau mai mică, pentru *studiul conduitei în context* ceea ce impune, fără îndoială, aprecierea insului sub aspectul *integralității* și al *sintetismului*, aceasta din urmă putând fi considerată ca o a doua caracteristică a teoriilor personalității.

În afara integralității și a sintetismului, teoriile personalității mai pun accentul pe aspectul *organizat* al variabilelor insului. Integralitatea, sintetismul și organizarea se realizează însă într-o manieră singulară, originală, fapt ce conferă *unicitate* insului. Prin jocul potențialităților genetice, achizițiilor și influențelor social-istorice, el este construit și se auto-construiește în lumea sa, ca o entitate unică, indivizibilă, irepetabilă.

Căutând un model general de structurare și organizare a insului, teoriile personalității îl înalță pe un pedestal, îi respectă și-i ilustrează în același timp caracterul său inedit, originalitatea sa, modul său singular de a fi în lume. Această achiziție modernă a personologiei nu este deloc străină medicinei, care a ridicat-o la rangul de principiu încă de la începutul existenței sale, exprimând-o prin aforismul conform căruia „nu există boli ci numai bolnavi”, înțelegând prin aceasta că, la fiecare, *boala se dezvoltă nu numai în funcție de natura și intensitatea agentului patogen, ci și de reactivitatea biopsihică a insului, de coeficientul de psihogenie pe care acesta îl dezvoltă față de agresiunea psihică sau somatică, de experiența sa patologică, în ultimă instanță în funcție de personalitatea sa.*

3. Relații interprofesionale în principalele domenii psihomedicale

Contribuția tot mai importantă a psihologului în clinică a deschis problema raporturilor dintre cele două domenii de activitate, medical și psihologic, în ultimii ani tot mai frecvent invocate și mai științific statuate, ce nu trebuie totuși confundate cu relațiile profesionale dintre medici și psihologi, care sînt mult mai nuanțate. În esență, relațiile dintre cele două profesii, medicală și psihologică, sînt determinate de natura activității fiecăruia, respectiv de caracterul ei „intrinsec” sau „euristic”. Astfel, cînd activitatea din cadrul unei profesii are o natură *intrinsecă*, izvorînd din însuși specificul profesiei, ca de exemplu în medicină, aceasta se află într-o poziție sigură, ferm delimitată, practic necontestată. Dimpotrivă, cînd natura activității are un caracter *euristic*, așa cum întîlnim în psihologie, profesia respectivă are un statut mai slab conturat, uneori minimalizat sau chiar contestat, conținutul activităților sale fiind mai vag delimitat.

În fapt, relațiile dintre două profesii decurg din caracterul activităților lor, care poate fi : a) contributiv, b) complementar sau c) competitiv.

În analiza relațiilor dintre profesia medicală și aceea de psiholog, activitățile întîlnite au atît un caracter *contributiv*, ilustrat mai ales în psihiatrie prin demersul investigativ, cît și un caracter *competitiv*, ilustrat în domeniul terapeutic prin asumarea de către psiholog a rolului de psihoterapeut.

Precizăm faptul că, în general, *caracterul contributiv* ca și cel *complementar* al activităților unei profesii față de alta nu determină conflicte semnificative, acestea fiind semnalate numai în cazul activităților competitive. Astfel, se consideră că „nu există discuții cu privire la contribuția esențială și fundamentală a psihologiei la dezvoltarea testării psihologice în general și a testării diagnostice în special și, în consecință, nu există opoziție față de intrarea acestora în atribuțiile psihologului, ca drept al său profesional” (A. W. Hunt, 1973, p. 1459). Pe de altă parte, se constată o opoziție a medicilor de a acorda psihologilor dreptul de a pune diagnosticul în domeniul bolilor — nu numai somatice, ci și psihice — întrucît actul de diagnosticare este, profesional, legal și tradițional statuat, „ca o funcție medicală necesară responsabilității medicului față de pacient”. Astfel, în urma observațiilor și investigațiilor sale, „psihologul poate spune că un pacient se comportă ca un psihotic, dar să-l diagnosticheze ca atare, în scopul unui demers terapeutic sau social, este o funcție ce aparține domeniului medical” (*ibidem*).

În privința activităților *competitive* care există între medicină și psihologie, menționăm că acestea se întîlnesc în psihoterapie. Aici, deși actul terapeutic se înscrie în responsabilitatea medicului, considerăm că argumentele psihologului de a practica psihoterapia sînt legitime, ele fiind susținute atît de elevația formării sale, cît și de aspecte principale privind contribuția științei psihologice la elaborarea tehnicilor și la descifrarea proceselor psihoterapeutice.

Din această perspectivă, a competitivității și complementarității profesiei de psiholog clinician față de aceea de medic, în ultimii 15 ani au avut loc ample analize asupra „locului pe care-l ocupă psihologul în lumea medicală” (P. B. Schneider, 1969, p. 24). Aceste analize, care trebuie

apreciate drept contribuții la delimitarea și consolidarea statutului profesional al psihologului clinician, au fost determinate, și sînt încă întretinute de anumite particularități ale profesiei de psiholog care se prezintă în plan clinico-antropologic cu investitura mesajului filozofic.

Una din aceste particularități constă în faptul că spre deosebire de relațiile medicului cu alți specialiști angajați în munca de investigație, relații mediate prin aparate, prin produsele recoltate sau prin rezultate, colaborarea cu psihologul implică relații directe, determinate de specificul abordărilor sale, care sînt nemijlocite și interpersonale. Într-adevăr, analizînd conținutul activităților psihomedicale, constatăm că „specificul colaborării medicului cu psihologul constă în faptul că acesta ia parte, în modul cel mai strîns, la relația medic-bolnav. Această muncă tematică se extinde de la stabilirea unei anamneze biografice asupra diagnosticului personalității, pînă la diagnosticul nevrozelor și luarea de anumite măsuri psihoterapeutice și psihagogice” (H. Kleinsorge, 1967, p. 14).

O altă particularitate a celor două profesii subliniază că „patternul profesional” al psihologilor clinicieni este oarecum asemănător cu acela al medicilor, în general, și al psihiatrilor, în special. În plus, formarea, abilitarea și competența psihologului clinician în domeniul sănătății mintale „îl fac să fie larg folosit în clinici și spitale... care au nevoie de o cantitate enormă de activitate în domeniul psihologiei medicale” (E. R. Hilgard, R. C. Atkinson, 1967, p. 603).

Această activitate nu se desfășoară numai în aria investigației, asistenței, terapiei și reabilitării, ci și prin participarea la instanțe decizionale cum sînt comisiile medico-judiciare de stabilire a discernămîntului, a nivelului de responsabilitate sau evaluare a gradului de invaliditate. Valoarea aportului său în aceste domenii a determinat ca „introducerea psihologului în comisiile de expertiză și în activitatea centrelor de reabilitare să fie recunoscută în toată lumea” (H. Kleinsorge, 1967, p. 18).

Menționăm totodată faptul că prin eficacitatea contribuției sale psihologul clinician s-a dovedit un colaborator necesar nu numai în domenii medicale devenite tradiționale, ci și în altele noi, cum este farmacologia, unde testarea efectelor acțiunii farmacodinamice a devenit o activitate inerentă psihologiei clinice. Într-adevăr, aria activității profesiei de psiholog clinician este deosebit de vastă, întrucît, „ocupîndu-se atît de adulți cît și de copii, psihologii clinicieni sînt angajați în toate domeniile dezordinilor mintale și emoționale” (R. M. Goldenson, 1970, p. 215), atît în unități medicale ambulatorii, cît și în spitale, în centre ale sănătății mentale, precum și în „instituții de corecție, în școli și în tribunale” (*ibidem*).

Subliniem însă că datorită interferenței ariilor de activitate cu aceea a medicului, ca și particularităților profesionale asemănătoare „psihologul clinician își găsește cu greu locul...”, iar „lipsa de diferențiere a rolului său este în parte responsabilă de dificultățile socioprofesionale pe care le are” (Nina Rausch de Trautenberg, 1968, p. 1015).

Fără îndoială că inconsistența rolului psihologului clinician în comparație cu acela al medicului se datorește în primul rînd diferențelor statutului profesiei de medic față de acela al profesiei de psiholog, întrucît, în timp ce medicina se bazează pe o veche tradiție, psihologia, cunoscută ca o ramură a filozofiei, a pătruns în clinică după o perioadă de cîteva milenii. Datorită acestui fapt, faza inițială a colaborării psihologului clinician cu medicul „a fost tulburată de prejudecăți care, de cele mai multe ori, își aveau cauza în informarea insuficientă asupra posibilităților psiho-

logiei clinice... ceea ce a dus la subaprecierea psihologului și de aici la subsolicitarea acestuia" (S. Hellmut, 1971, p. 94). Ulterior însă, pe baza analizei similarităților și interferențelor dintre activitatea psihologului și a medicului, unii clinicieni (T. Greening și T. Bugenthal, 1962) au precizat că dezvoltarea psihologiei clinice ca profesie va fi însoțită de „conflikte interpersonale considerabile”. Într-adevăr, după cîțiva ani, datorită acestor factori, cit și extinderii ariei activității psihologilor clinicieni, au fost formulate aserțiuni, desigur hazardate, conform cărora „medicii se tem că în curînd vor fi subminați de psihologi”... care „ar reduce pe medici la rolul de simpli sanitari” (R. Misès, M. J. Bailly-Salin, 1968, p. 443). Această tensiune relațională interprofesională a fost semnalată și în cadrul echipei terapeutice, unde a fost invocată „o aparentă unitate” și o „situație plină de contradicții” în care domină „luptele de prestanță” susceptibile de a genera „o patologie a relațiilor medic-psiholog în spitalele de psihiatrie” (R. Gentis, 1968, p. 551).

Aceste supoziții fanteziste, desigur neconfirmate, au fost generate de un anumit impas al medicinei în sfera relațiilor medic-bolnav. După cum am subliniat și cu alte ocazii, acest moment de criză a fost determinat de avîntul și amploarea investigațiilor medicale, care, prin excesivă tehnicizare, implicau o anumită standardizare soldată cu o minimalizare sau chiar anulare a relației bolnav-medic. Sacrificată de o medicină tehnologică, relația pierdea astfel rezonanța interpersonală psihologică.

În această situație, medicii au fost aceia care au simțit nevoia unui efort de unanizare a relației cu pacientul, de personalizare a actului medical și de revalorizare a examenului clinic în special. Astfel s-a invocat o contribuție activă și efectivă a psihologului în clinică, el fiind apreciat ca un specialist avizat, anticipîndu-se că eficacitatea acțiunilor sale va fi „în dependență de o bună colaborare cu medicul” (H. Kleinsorge, 1967, p. 17). Pe de altă parte, s-a emis prezumția ce s-a dovedit realistă, în virtutea căreia „conlucrarea lor va fi atît în beneficiul medicilor care vor primi marele ajutor al psihologiei practice, cît și al psihologilor pentru care contactul cu medicina s-a dovedit a fi din cele mai fructuoase” (R. Sarro, J. Germain, 1968, p. 60).

Incert inițial, statutul profesional al psihologului în clinică este tot mai consolidat, el struturendu-se și delimitîndu-se treptat. Totuși, întrucît profesia de psiholog clinician se află într-o continuă dezvoltare, se impune o redefinire continuă a responsabilităților și a modului de îndeplinire a atribuțiilor, pe baza problemelor practice ale activității clinice. În acest context, colaborarea dintre medic și psiholog poate fi considerată ca un „caz privilegiat al utilizării de către știința aplicată (medicina) a aporturilor unei cunoașteri științifice” (G. Daumezon et al., 1968, p. 456) din perspectiva abordărilor psihologice.

În spiritul aprofundării acestei cunoașteri, trebuie menționat că o dată cu angajarea efectivă, și în unele țări masivă, a psihologilor în clinică, s-a dezvoltat treptat un proces de formare psihologică a medicilor, prin introducerea cursurilor de psihologie în planurile de învățămînt al facultăților de medicină, iar în unele țări și în programele de specializare și perfecționare a medicilor. Aceste două modalități de ameliorare a condiției psihologiei în clinică nu sînt exclusive și nici divergente și putem afirma că, uneori, aceste linii de formare au devenit tangente, prin specializarea unor medici în psihologie. Numărul redus al acestor cazuri, departe de a rezolva problema, a oferit însă soluții: medicul-psiholog, absolvent al

unei facultăți sau secții speciale din cadrul studiilor medicale, care, prin întreaga sa formare, va fi pregătit să abordeze cu competențe superioare ampla problematică a bolii și a sănătății mintale.

4. Statutul psihologului în clinică și în echipa terapeutică

Asistența medicală actuală bazată pe o investigație și cunoaștere tot mai aprofundată, extrem de complexă și diversificată, a impus crearea unei echipe de specialiști care să poată cuprinde amplul evantai al datelor, de la cele biochimice, anatomopatologice și bioelectrice, la cele clinice și psihologice. În acest sistem al asistenței, toate datele și rezultatele sînt destinate cunoașterii cît mai precise a procesului morbid, a etiopatogeniei sale, a particularităților clinice și a posibilităților terapeutice. Totodată, cunoașterea cît mai autentică a persoanei care prezintă acest proces, a structurii psihismului său, susceptibil de a condiționa toate componentele bolii, de la cele etiopatogenice la cele clinico-terapeutice și evolutiv-prognostice, se înscrie în dezideratul cunoașterii integrale, comprehensive, totale. Astfel, medicul clinician din unitățile sanitare, ce asigură asistență spitalizată, se află în mijlocul unei echipe „constituită din colegii săi, dar și din reprezentanți ai unor profesii paramedicale” (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1980, p. 21). În acest cadru, aportul individual, aparent disparat al fiecărui specialist din echipa de asistență, este integrat și sintetizat de către medicul clinician care, asumîndu-și reponsabilitățile, avansează supozițiile diagnostice și întreprinde măsurile terapeutice. Desigur „de calitatea relațiilor stabilite în interiorul echipei va depinde calitatea schimburilor de informații și în consecință calitatea îngrijirilor” (*ibidem*).

În acest context profesional, psihologul clinician a avut inițial situația unui colaborator-investigat sau explorator care, prin teste și tehnici specifice, aducea date complementare cunoașterii clinice, „rezultatele sale fiind integrate datelor medicale” (R. M. Goldenson, 1970, p. 763). Ulterior, s-a constatat însă că numai anumite activități ale psihologului-clinician sînt specifice, altele suprapunîndu-se în parte cu acelea ale altor membri ai echipei : este vorba în primul rînd de investigația anamnestică, de abordarea psihoterapeutică, și întrucîtva, de contribuția sa la supoziția diagnostică unde activitatea psihologului se întrepătrunde cu aceea a clinicianului. Dacă în patologia somatică aceste probleme sînt discrete, fiind numai schițate, în domeniul psihiatriei ele sînt mai elocvent invocate. Acest fapt a devenit posibil, întrucît, mai ales în domeniul psihiatriei, „psihologul nu se refugiază la adăpostul probelor... și stă în puterea lui să cunoască procesul psihopatologic subiacent conduitelor observate” (Hélène Gratiot-Alphandery, 1968, p. 445).

Precizăm însă că, și în psihiatrie, atribuțiile principalilor membri ai echipei au fost inițial mai diferențiate, în sensul că psihiatrul realiza activitatea de asistență propriu-zisă, psihologul deținea sarcina investigației prin teste și tehnici, iar asistentul social se ocupa de aspectul relațional, efectuînd investigațiile în familie și în mediul profesional. În cadrul echipei, care nu trebuie văzută ca un „conglomerat” de specialiști, fiecăruia revenindu-i atribuții în funcție de calificare și competență, s-a considerat în mod postulat că „medicul este conducătorul prin definiție și necon-

testat al procesului complex care tinde spre vindecarea bolnavului" (A. Dosios, S. Alexandru, Valentina Neicu, 1963, p. 41).

Desigur, un punct de vedere asemănător este întâlnit și în alte studii care, referindu-se la ansamblul activității clinice consideră că „responsabilitatea psihologului este limitată, el acționând aproape întotdeauna ca auxiliar, în timp ce responsabilitatea psihiatrului este tot așa de absolută ca aceea a unui chirurg. El este acela care, pe baza cercetărilor, trebuie să decidă asupra bolnavului său” (M. Balint, Enid Balint, 1966, p. 202). Totuși, analiza situației actuale și a cercetărilor din ultima vreme asupra acestor raporturi ilustrează că aceste puncte de vedere excesive, deosebit de restrictive pentru activitatea psihologului în clinică, s-au atenuat treptat, „psihologii dovedindu-și valoarea lor ca membri ai echipei psihiatrice” (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 10). Fără a se infirma faptul că „medicul poartă răspunderea pacienților” s-a înregistrat progresiv o continuă aprofundare a muncii în echipă, realizată prin „vizita în comun a bolnavilor, convorbiri diagnostice, efectuarea în comun a terapiei de grup etc.” (H. Kleinsorge, 1967, p. 17).

Actualmente, acest grad sporit de integrare al cărei deziderat este o cât mai bună valorizare a contribuției fiecărui membru al echipei a determinat și o anumită estompare a atribuțiilor și responsabilităților, unele dintre ele revenind în mod predominant unuia sau altuia dintre membrii echipei. Astfel, „conducerea de ansamblu a terapiei este, în general, în mâinile psihiatrului datorită pregătirii sale medicale și a recunoașterii sociale și legale a responsabilităților sale în tratament, precum și datorită preocupărilor sale tradiționale asupra acestor probleme... în timp ce rolul principal în examinare revine în general psihologului datorită atît preocupărilor sale speciale în acest domeniu, cît și pregătirii sale în privința investigațiilor” (D. Shakow, 1980, p. 2992).

5. Problematica specifică a psihologului în clinică

Așa cum se constată din analiza sferei și conținutului domeniului, psihologul clinician este regăsit actualmente nu numai în unități medicale și în centre de asistență unde omul se află în suferință, ci și în afara acestor instituții, oriunde el este confruntat cu o situație particulară, într-un impas de existență. În mod concret, „psihologii lucrează în clinici și policlinici psihiatrice, pediatrie, medicale, psihosomatice sau ortopedice, în institute psihoterapeutice sau psihanalitice... în centre de consultații pedagogice, de consiliere familială și conjugală, în centre de consultații pentru adolescenți, pentru toxicomani sau pentru prevenția suicidului” (W. J. Schraml, 1973, p. 9).

Totodată, trebuie menționată consultația psihologică a bolnavului somatic ce tinde să înlocuiască examenul psihiatric datorită prezenței pacientului că psihiatrul are în vedere perturbările net psihopatologice și nu trăirile dramatice determinate de suferințele somatice înscrise în aria preocupărilor psihologiei clinice. Această consultație poate fi inițiată de pacient, în vederea evaluării și ameliorării *status*-ului său emoțional sau a dezadaptărilor din plan comportamental. De cele mai multe ori însă, consultația psihologică este solicitată de medic ce dorește date supliment-

tare, un plus de certitudine sau o clarificare în privința cunoașterii mai exacte a bolnavului printr-o analiză clinico-psihologică specifică sau investigație proiectivă ori psihometrică. În această privință, se apreciază că un examen cu ajutorul chestionarului M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) „poate fi comparat cu încrederea pe care hematologul o acordă hemogramei sau pe care neurologul o acordă electroencefalogramei” (M. J. Martin, 1980, p. 2040). De asemenea, specialistul în patologia organică solicită examenul de psihologie clinică în situațiile în care anxietatea și tensiunea psihică a pacientului împiedică și întârzie în mod evident ameliorarea somatică. Totodată, examenul psihologic este oportun în orice manifestare psihofiziologică (respectiv psihosomatică), precum și în cazurile în care se presupune o conversie somatică, o stare ipohondriacă, o nevroză cenestopată (somatoformă) sau în cazurile atât de frecvente ale depresiilor „mascate” de manifestări somatice.

În acest amplu evantai al funcțiilor și activităților sale, unele sînt desigur esențiale, în altele el fiind solicitat ocazional, în situații conjuncturale. În privința activităților esențiale, chestionare aplicate psihologilor clinicieni au evidențiat că peste 50 % din timpul lor de lucru *este consacrat psihoterapiei*, urmată în ordine de *psihodiagnoză, evaluare clinică, cercetare, consiliere, socioterapie, activitate didactică* etc. Totodată, o revistă a literaturii pe care am efectuat-o asupra acestei probleme, a relevat faptul că primele șapte din „funcțiile specifice” ale psihologilor clinicieni sînt: *psihodiagnoza, psihoterapia, cercetarea, activitatea didactică, reabilitarea și reorientarea profesională, activitatea educativă, activitatea de selecție a personalului și analiza dinamicilor de grup*.

În ceea ce privește „principala preocupare” din ansamblul activității psihologilor clinicieni, anchetele efectuate ilustrează că aceasta constă din: *evaluarea și psihodiagnoza (50 %), psihoterapie (30 %), cercetare științifică (10 %), consiliere (5 %), terapie de mediu, socioterapie (5 %)*. Excepțînd psihologii care prin specificul locului de muncă și al profilului unității lucrează cu o anumită categorie de pacienți, se constată că volumul activității psihologului clinician privind principalele grupe de vîrstă cuprinde: *adulți (58 %), copii (20 %), adolescenți (12 %), bătrîni (10 %)*. Precizăm totodată că printre primele trei instituții în care contribuția psihologului clinician este invocată și intens solicitată se află *spitalele de psihiatrie, spitalele de neurologie și unitățile medicale de reabilitare*.

6. Psihologul ca psihometrician

Așa cum s-a putut constata prin chestionarele aplicate și anchetele efectuate, activitatea de psihometrician este considerată ca „principala preocupare” a psihologului clinician, ea reprezentînd jumătate din ansamblul ocupației sale. Într-adevăr, funcția de psihometrician domină munca psihologului clinician, nu numai prin volumul activității, ci și prin faptul că aceasta îi conferă marca specificității. De aceea, se poate sublinia că „la ora actuală, examenul psihometric constituie partea cea mai importantă a intervenției psihologului... metoda testelor fiind poate singura datorită căreia specificitatea și autonomia sa nu sînt contestate” (J. Perse, 1972, p. 112).

Psihologul dispune astăzi de instrumente numeroase, extrem de variate și riguros validate; el cunoaște bine valoarea și limitele testelor

și tehnicilor sale, fiind conștient de faptul că metoda pe care o posedă, *deși experimentală prin construcție, este în fond clinică prin aplicatie*. Cu toate acestea, „psihologul nu se poate mărgini la aplicarea tehnicilor existente, dar nici nu trebuie să le recuze ca imperfecte, pentru a cădea într-un eclectism prejudiciabil” (G. Daumezon et al., 1968, p. 452).

Cu privire la modul de efectuare al examenului psihologic în clinică, menționăm că el impune un anumit stil de comunicare și de relaționare între psiholog și pacient, întrucît semnificația investigării „traversează raportul cu psihologul și mobilizează o economie afectivă ale cărei investiții complexe depășesc situația circumstanțială a examenului însuși” (P. Fedida, 1968, p. 917). Aceasta, întrucît probele aplicate, ca și întrebările adresate sînt primite de subiect sub un unghi de incidență diferit decît cel prevăzut, atîngînd întotdeauna aspecte mai profunde decît zona justificărilor conștiente. Într-adevăr, intervenind pe fondul unei relații, într-un raport interindividual, probele psihologice, în general, și cele proiective, în mod special, determină o rezonanță profundă la nivelul activității inconștiente, modificînd acest raport.

Pentru a reduce cît mai mult posibil perturbarea „economiei afective” și a complexului de motivații ale pacientului este necesar ca desfășurarea examenului psihologic să fie eșalonată pe mai multe ședințe, începîndu-se cu un interviu nondirectiv, continuat în mod directiv, acesta, fiind urmat de aplicarea probelor propriu-zise care îl vor perturba cît mai puțin sub raport afectiv. Prin aceste interviuri preliminare sînt obținute date clinice suplimentare, care, în formularea concluziilor se vor dovedi necesare, întrucît „interpretarea rezultatelor va fi cu atît mai precisă cu cît va cuprinde mai multe date, inclusiv clinice; neglijarea datelor clinice importante în interpretarea unui test fiind la fel de prejudiciabilă, ca și neglijarea datelor psihometrice la nivelul sintezei clinice” (J. Perse, 1972, p. 115).

Mai ales în domeniul psihiatriei, unde raționamentul clinic și diagnosticul depind de criterii calitative, medicul, în virtutea formației sale pozitiviste, a nevoii de exprimare precisă și elocventă, acordă o importanță particulară scorurilor cantitative ale unor aspecte ale personalității. Devine astfel cu atît mai necesar, ca investigația clinică, veritabil demers al explorării comprehensive și globale, „să fie completată cu investigații experimentale” (Ch. Nahoum, 1973, p. 130). În această abordare experimentală, specifică profesiei sale, psihologul trebuie să țină seama de interacțiunea sa cu subiectul și să ia toate precauțiile pentru a asigura validitatea rezultatelor.

Tocmai de aceea, respectînd rigorile cercetării prin experimentul testului, în afara asigurării asupra validității și fiabilității acestuia, psihologul va căuta ca prezența lui să influențeze cît mai puțin posibil rezultatele, recurgînd la trei instanțe de control sau verificare : de preexaminare, de examinare și de postexaminare. *Controlul de preexaminare* este cu atît mai important cu cît psihologul este mai directiv în abordare, el avînd ca scop reducerea variabilelor idiosincratică, susceptibile de a fi introduse de investigator în actul testării. *Controlul de examinare*, respectiv examinarea propriu-zisă, are ca obiectiv verificarea diferențelor între performanța actuală a pacientului, performanța sa proprie, potențială, și capacitatea sa subiacentă ; el are scopul de a evidenția caracterul *representativ* al rezultatului (acesta fiind cel mai bun din cîte pot fi obținute într-o anumită perioadă) sau caracterul său *optim* ce indică apropierea de cele

mai bune rezultate obținute de pacient înainte de îmbolnăvire. Menționăm faptul că în timp ce reprezentativitatea rezultatelor poate fi influențată de factori conjuncturali examinării (efort, interes, încredere, emoție) sau de anumite simptome ale bolii (durere, febră, cefalee, astenie), optimitatea rezultatelor, mult mai greu de diferențiat, este modificată de procesul morbid ca atare. *Controlul de postexaminare* corelează performanțele realizate ale persoanei investigate, cu standardul grupului de control sau cu propriul său optimum.

Cu toate aceste pedante precauții, se subliniază că fără a nega aportul examenului psihometric „aceste investigații sînt incapabile, prin însăși orientarea lor, să epuizeze totul” (E. Minkowski, 1969, p. 240). Considerăm totuși că aserțiunea nu vizează examenul psihometric în ansamblu, ci numai anumite teste sau probe. Desigur, nici o probă psihologică, indiferent de complexitatea ei, nu este suficient de cuprinzătoare pentru a evidenția un portret unitar și caracteristic pacientului investigat.

Pentru a înlătura aceste insuficiențe în practică, se recurge la alcătuirea unui eșalon de teste, a unei *baterii* formate din probe care : — sînt construite în vederea explorării diferitelor funcții psihice ; — explorează atît aspecte formale, structurale, cît și aspecte de conținut ale personalității ; — sînt destinate explorării aceleiași laturi a personalității (probe care „se suprapun”) în vederea creșterii gradului reliabilității probelor etc. Numai prin aceste procedee tehnice, completate cu examinările clinice, pot fi înlăturate limitele, incongruențele și diferențele diferitelor teste, în vederea obținerii unor date extensive, integrate și reliabile. Aceasta cu atît mai mult cu cît, după cum se cunoaște, „un rezultat nu va fi interpretat în mod intrinsec, absolut, el luînd semnificații diferite, după contextul în care este plasat, acest context cuprinzînd ansamblul datelor clinice, ca și al altor rezultate psihometrice” (J. Perse, 1972, p. 122).

6.1. *Asupra utilității datelor psihometrice în clarificarea problematicei clinice.* Utilitatea datelor psihologice și în special psihometrice asupra ameliorării preciziei și activității examenelor clinice a fost cercetată prin chestionare adresate persoanelor cel mai înalt acreditate sub acest aspect, și anume profesorilor și conferențiarilor de psihiatrie care, în 90 % din cazuri au oferit răspunsuri favorabile. Totuși, particularizînd întrebările, s-a constatat că examenul psihologic nu este la fel de investit și de înalt cotate în toate laturile activității clinice. Astfel, el s-a dovedit mai slab investit de clinician în privința utilității sale asupra *diagnosticului diferențial* dintre *nevroză* și *psihoză* (unde raportul calificărilor bune față de cele slabe a fost de 7/13) în timp ce a fost mai bine acreditat în privința diferențierilor dintre *organic* și *psihogen*, cînd răspunsurile bune și respectiv slabe au consemnat un raport de 14/6. De asemenea, utilitatea examenului psihologic pentru medicul clinician a fost înalt acreditată sub aspectul *înțelegerii personalității pacientului* (raportul aprecierilor bune și respectiv slabe fiind de 17/3), ca și în privința *ameliorării posibilităților prognostice* (raport 15/5).

Menționăm însă că rezervele medicului asupra utilității examenului psihologic în privința elucidării problemelor clinice sînt uneori determinate de prezumții și convingeri apriorice, izvorîte din observații empirice. Astfel, unii medici consideră că testele nu fac decît să confirme, în urma unor demersuri laborioase, datele examenelor clinice, singurele apreciate, ca veridice. De asemenea, întrucît criteriul validității testului psihologic este raționamentul clinic dacă el este bine aplicat și corect interpretat, rezul-

tatele sale nu pot fi decît identice cu datele constatărilor clinice. De aici, conform opiniei lor, examenul psihometric atent efectuat nu poate servi decît ca un argument suplimentar într-un proces deja clasat. Dimpotrivă, dacă examenul psihometric este diferit sau contrazice examenul clinic, faptul este interpretat, de către medicul neavizat, ca o dovadă că testele nu au fost bine alese, nu au fost adecvate cazului sau problemelor date. În sfîrșit, dacă datele investigației psihometrice se mențin la o anumită distanță față de datele clinice, înseamnă că testele nu au fost bine utilizate. În alte cazuri, psihologii minimalizează ei înșiși importanța și utilitatea investigației psihometrice axîndu-și concluziile pe observații calitative, pe date clinice sau anamnestice; acestea îi sînt însă familiare psihiatrului, care va subevalua o astfel de contribuție a psihologului. Fără îndoială însă că aceste situații nu apar decît rareori, în condițiile „unor psihologi prea zeloși și fără spirit critic, cu tendințe spre teoretizare, fapt ce nu poate convinge pe psihiatru, mai ales cînd acesta se bazează exclusiv pe experiența sa empirică” (W. Böcher, 1968, p. 16). Pentru a se evita însă situații ca cele din eventualitățile prezentate, autorul recomandă ca testele să fie aplicate fie de un psihiatru cu o solidă formație de bază psihologică și îndelungată experiență practică, fie de un psiholog care dovedește o bună cunoaștere a problemelor de psihiatrie clinică și are o bogată informare psihopatologică. Această soluție nu este întotdeauna posibilă însă, întrucît, prin investigație, psihologul trebuie să cunoască, dar să și comunice o informație; considerăm că se impune ca el să-și elaboreze un mod de cotare, prelucrare și mai ales de raportare a observațiilor, în funcție de pregătirea celui care beneficiază de evidențierea lor.

În legătură cu recomandarea de mai sus privind efectuarea examenului psihometric de către psihiatru, menționăm că la o anchetă efectuată asupra profesorilor de psihiatrie din Republica Federală Germania, 2/3 dintre ei au declarat că „aplică ei înșiși teste psihologice”. Într-adevăr, unii medici, subestimînd aportul psihologului, „preferă să practice ei înșiși, într-un mod oarecum artizanal, unele probe, reintegrate printre tehnicile semiologice psihiatrice (destinate să reliefeze simptome), dezinteresate din ansamblul teoretic și din considerațiile de etalonare și validare, fără de care nu înseamnă nimic” (R. Gentis, 1968, p. 550). Aderăm la această opinie, cu atît mai mult cu cît, pentru îndeplinirea cu succes a funcției de psihometrician, sînt necesare anumite condiții care implică atît formarea și instrumentarea celui în cauză, cît și aspecte aptitudinale înscrise în structura personalității sale.

În privința aspectelor aptitudinale menționăm că psihometricianul trebuie să ilustreze *disponibilități relaționale față de cele mai variate categorii profesionale* și grupuri de vîrstă, nivel de instrucție sau de educație. De asemenea, el trebuie să fie abilitat spre a face față abordării și examinării celor mai variate grupuri de pacienți psihiatrici, handicapați motor sau suferinzi somatici, ilustrînd suplețe și nuanțare în modul de adaptare a tehnicii de examinare, cît și de adecvare a conduitei sale.

Psihologul clinician în postura de psihometrician trebuie de asemenea să se cunoască pe sine într-o cît mai mare măsură, avînd conștiința contradicțiilor, slăbiciunilor și temerilor proprii; pentru aceasta, pe lîngă demersul autoanalitic, psihologul trebuie să-și cunoască propriile-i răspunsuri și rezultate la probele și testele pe care le folosește, spre a nu se alia și identifica în mod inconștient cu persoanele ce au patternuri psihodiag-

nostice similare și a nu manifesta respingere față de cei care dau răspunsuri opuse față de ale sale. În acest sens preconizăm ca, prin analogie cu procedeul „psihoterapiei didactice”, psihologul clinician să se supună unei investigații psihologice, în special proiective dar și psihometrice, analizându-și împreună cu colegi competenți și experimentați rezultatele, spre a nu considera în mod subiectiv că propriile-i răspunsuri constituie linia de bază a normalității. Prin acest procedeu, pe care-l denumim de *psihodiagnoză profesională*, psihologul clinician va putea evita descoperirea de elemente patologice în profile de test care sînt diferite de ale sale și nu va ignora aspecte și date din afara normalului, cu care propriile-i răspunsuri manifestă asemănare.

7. Psihologul ca diagnostician

Încercînd o distincție între noțiunea de *psihodiagnostic* și aceea de *diagnostic clinic* sau *nosografic*, constatăm că între ele există diferențe de metodă, de puncte de vedere și de conceptualizare. Creată de Școala de la Freiburg-en-Brigau, noțiunea de psihodiagnostic desemna inițial mijlocul de explorare a personalității, pentru ca ulterior să ilustreze portretul descriptiv-individual și specific al acesteia, în opoziție cu vreo etichetă psihopatologică sau vocabulă nosografică, inerentă în diagnosticarea clinică. În sens larg, tehnica psihodiagnosticului studiază diferențele interindividuale cu ajutorul unui model metric, utilizînd un anumit număr de dimensiuni, în timp ce diagnosticul nosografic utilizează noțiunile de simptom și sindrom; acestea, deși prezintă un anumit grad de generalizare, găsesc o analogie cu noțiunea de „semn”, „factor” sau „trăsătură”, din metodologia psihometrică sau proiectivă. Raportînd analiza comparativă la domeniul bolilor mintale se poate considera că „demersul psihologic, ce tinde să descopere diferențe interindividuale de alură cantitativă cu ajutorul dimensiunilor, factorilor și trăsăturilor, trebuie opus demersului psihiatric, ce vizează o regroupare calitativă, în cadre nosografice, care se bazează pe existența corelațiilor între indivizi” (J. Perse, 1972, p. 117). În fapt, spre deosebire de psihodiagnostic, pentru care particularizările sînt esențiale, diagnosticul nosografic, prin însuși conținutul și orientarea sa, anulează caracteristicile individuale, reținîndu-le pe cele generale, care-i permit înscrierea bolnavului într-o clasă sau grupare.

În ceea ce privește responsabilitatea asupra diagnosticului, după cum s-a constatat și din paragrafele anterioare, este recunoscută „contribuția esențială și fundamentală” a psihologului în privința testării și evaluării, dar nu îi este permis actul diagnosticării, acesta fiind considerat un „drept profesional și legal” al medicului. Într-adevăr, actualmente, competența medicului asupra diagnosticului nosografic are un caracter axiomatic.

Cu toate acestea, mai ales în psihiatrie, nu întotdeauna se poate realiza o delimitare și cu atît mai puțin o disjuncție între actele de investigare, evaluare și diagnosticare, pe care le considerăm instanțe ale unui proces unic, ce va reveni, în viitor, aceluia dintre specialiști ce va dovedi competențe superioare. De fapt, situația deficiențelor mintale oferă unul din exemplele conform căruia psihologul este acela care întreprinde atît activitatea de investigare-evaluare, cît și pe aceea de diagnosticare.

Aceasta constituie însă o excepție pentru că în ansamblu, în raport cu diagnosticul clinic, psihodiagnosticul are o semnificație complementară, iar unde este posibil ilustrativă, evitând formularea nosografic-postulativă. În sprijinul diagnosticului nosografic, psihodiagnosticul, elaborat pe baza analizei clinice și a rezultatului probelor psihologice, oferă o descriere, ce tinde a fi completă și detaliată, a caracteristicilor psihice globale, a mecanismelor proprii de apărare, a inconsistențelor și distorsiunilor persoanei. Prin aceasta, psihodiagnosticul „oferă date asupra unor caracteristici și trăsături care nu pot fi relevate de examinarea psihiatrică obișnuită” (D. Shakow, 1980, p. 2993). Tocmai datorită acestor caracteristici, psihodiagnosticul este semnificativ, atât în privința opțiunilor terapeutice, cât și asupra estimărilor prognostice sau a recomandărilor de ordin profesional sau educațional. În plus, ca tehnică de laborator, examenul psihodiagnostic, în virtutea caracterului său obiectiv și științific, „poate fi considerat o confirmare indispensabilă a diagnosticului clinic” (J. Perse, 1972, p. 114). În felul acesta, psihodiagnosticul nu slujește unei taxonomii nosografice, ci orientărilor terapeutice specifice. Totodată, evitând orice etichetare, psihodiagnosticul face o evaluare a stării și situației psihice prezente, susceptibilă de-a oferi predicții adaptative, evolutive și prognostice pertinente.

8. Psihologul ca psihoterapeut

Acreditarea psihologului pentru psihoterapie a constituit, încă de la afirmarea acestui domeniu terapeutic, un subiect de controversă, care, cu argumente tot mai puțin semnificative, se menține și astăzi. Această sâdătește faptului că procesul terapeutic în ansamblu se înscrie în responsabilitatea medicului, în timp ce, prin caracterul și conținutul metodelor, psihoterapiile sînt inerente activității psihologului. Fără îndoială că la această controversă a contribuit în mare măsură opinia lui S. Freud, care a recomandat atragerea psihologului în activitatea psihoterapeutică, precum și aserțiunea lui, conform căreia psihoterapia și psihanaliza, în ansamblu, nu constituie o specialitate a medicinei ci o fracțiune a psihologiei.

În contrast cu S. Freud, numeroși medici, bazați desigur mai ales pe domeniile de aplicabilitate decît pe natura procesului și conținutul metodelor, consideră că psihoterapia aparține medicinei, făcînd parte integrantă din ansamblul activității terapeutice. Astfel, încă din perioada de avînt a psihoterapiei care a urmat celui de-al doilea război mondial, ca și în prezent, unii medici nu au acceptat colaborarea cu psihologul considerîndu-l „un terapeut laic” sau i-au refuzat contribuția la psihoterapie intrucît, conform opiniei lor, „a încredința psihologului o sarcină psihoterapeutică, constituie o eroare” (G. Daumezon et al., 1968, p. 457).

Alți medici limitează în ansamblu acțiunile psihologului în clinică, inclusiv intervenția psihoterapeutică, preconizînd că „medicul deține decizia intervențiilor, a diagnosticului prezumtiv și final, a prognosticului și terapiei și, odată cu acestea, răspunderea juridică pentru bolnav, în timp ce psihologul clinician preia munca psihodiagnostică și parțial funcția psihoterapeutică” (H. Kleinsorge, 1967, p. 14).

Este surprinzător să constatăm faptul că asupra acestui aspect „parțial”, limitativ, al efectuării psihoterapiei de către psiholog au insistat și clinicieni cu o mare deschidere pentru psihologie în general, și pentru

psihoterapie în special, ca J. H. Schultz (1963), în opinia căruia psihologul „poate executa anumite tratamente psihoterapeutice și numai sub control medical” (*subl. ns.*). În sfârșit, referindu-se la aceeași problemă, și în special la desfășurarea psihoterapiei în clinică, alți psihiatri adoptă o atitudine conciliantă și conchid că „selecționarea cazurilor trebuie făcută totuși de către medic” (W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, 1969, p. 10).

Pe de altă parte însă, aceiași clinicieni care limitează accesul psihologului la efectuarea psihoterapiei recunosc faptul, desigur real, că „lipsa unor instituții de învățământ în domeniul psihoterapiei, ca și schimbarea diferitelor concepții teoretice în psihoterapie, au determinat menținerea unei distanțe a medicilor față de psihoterapie” (H. Kleinsorge, 1967, p. 15).

O analiză a situației din domeniu evidențiază faptul că această „distanță” se constată și în momentul de față, atât în formația, în disponibilitățile generale, cât și în vocația medicului pentru psihoterapie. Tocmai de aceea considerăm că, în relațiile sale profesionale cu psihologul, medicul trebuie să manifeste nuanțare și reținere spre a nu ajunge „în situația neplăcută de a solicita control asupra unei persoane cu o formație superioară, într-un domeniu în care pregătirea sa este adesea minimă” (A. W. Hunt, 1973, p. 1464). Dealtfel, pe măsura aprofundării cunoașterii clinice, prin diversificarea mijloacelor investigației și terapeutice, medicului îi este tot mai greu să cuprindă ampla problemă a asistenței, fiind nevoit să accepte și specialiști din domenii nemedicale, care, prin contribuții specifice, conferă un conținut științific și totodată comprehensiv activității clinice. În acest context, aria acțiunii terapeutice a psihologului clinician, „s-a extins foarte mult în ultimii ani”, iar un indiciu al acestei dezvoltări constă în faptul că „există peste 80 de tipuri diferite de tratamente psihologice” (R. M. Goldenson, 1970, p. 217) cărora el, ca psihoterapeut, trebuie să le găsească aplicații oportune și specifice. Într-adevăr, psihologul clinician utilizează nu numai mijloace de investigație variate, ci și metode terapeutice foarte diversificate, iar o bună selecție a acestora va avea drept criteriu, pe lângă problemele clinice care trebuie tratate, și caracteristicile sale de personalitate care „îl fac să fie mai eficient cu un anumit tip de terapie și cu pacienți dintr-o anumită categorie” (*ibidem*, p. 219). În plus, trebuie adăugat faptul că „tehnicile psihoterapeutice vor căpăta în viitor o mult mai mare importanță decât li se acordă în prezent și pentru această sarcină nimeni nu este mai indicat decât psihologul clinician” (S. Hellmut, 1971, p. 99). Considerăm că această aserțiune a fost, în ultimul deceniu, în mod continuu confirmată, devenind actualmente, nu numai un punct de vedere, ci o atitudine practică pe deplin acreditată.

În aceste condiții, medicul, atât de angajat în ampla problemă a asistenței clinice și în vastul domeniu al terapiilor somatice, nu mai poate cuprinde și controla diversitatea tehnicilor psihoterapeutice. La rândul său, în funcție de experiența și informația sa, psihologul clinician poate colabora cu medicul în privința abordării terapiilor somatice, mai ales în privința efectelor și eficienței acestora, prin evaluarea rezultatelor terapeutice. Dealtfel, cel puțin în domeniul bolilor psihice, există numeroși clinicieni care consideră că „terapia nu este în exclusivitate o problemă a psihiatrului, ci și a psihologului” (*ibidem*, p. 96).

Subliniem totodată faptul că aria activității terapeutice este actualmente atât de vastă, încât nu mai poate fi cuprinsă de forțele medico-psiho-

logice existente, ceea ce anulează de la sine „disputele în probleme de psihoterapie ce tind să umbrească o relație care, în esență, este mai mult pozitivă (decît negativă) și să minimalizeze realizările obținute în cooperare” (A. W. Hunt, 1973, p. 1463). De fapt, unele foruri administrativ-științifice ale psihologilor, printre care Asociația Americană de Psihologie, recomandă ca psihologul terapeut „să stabilească și să mențină o interacțiune eficientă cu un medic orientat spre psihologie”, fără ca această colaborare „să compromită standardele profesionale ale psihologiei”. La această conduită conciliantă trebuie adăugată și subliniată aserțiunea conform căreia „psihologii pot avea o contribuție valoroasă și uneori unică la psihoterapie... ei fiind antrenati în mod activ pentru aceasta într-o mare varietate de instituții medicale” (Molly Harrower, 1973, p. 1455).

Desigur, acreditarea psihologului pentru psihoterapie se datorește în primul rînd formației sale profesionale, ca și contribuției specialității pe care o ilustrează, la edificarea tehnicilor psihoterapiei medicale. Aceste atribute inerente nu se dovedesc a fi întotdeauna suficiente, spre a putea practica psihoterapia pe acest tărîm al medicinei, care nu-i este propriu prin tradiție, dar, pe care, psihologul dorește să-l cucerească prin formare, și nu rareori prin abnegație. Aceasta întrucît, deși îndreptățit și acreditat (prin formare și instrumentare), psihologul este încă numai „acceptat”, uneori cu rezerve, alteori cu condiția de a fi „supravegheat” de către medic, care, deși nu beneficiază de atributul formației terapeutice, este investit ca terapeut prin tradiție și legislație. În aceste condiții, admiterea psihologului în practica psihoterapeutică se datorește mai mult aspectelor conjuncturale (cererea enormă și în continuă creștere pentru psihoterapie și incapacității profesiei medicale de a o cuprinde) decît atributelor sale.

Într-o încercare de sinteză privind funcția terapeutică a psihologului clinician și oportunitatea participării sale la activitatea de psihoterapie, considerăm că opiniile pot fi înscrise pe un amplu evantai ce cuprinde la o extremă posibilitatea de a efectua psihoterapia „numai sub controlul strict al medicilor”, iar la cealaltă „autonomia” completă a psihologului în privința terapiei psihologice. Menționăm însă că în ultimele două decenii s-a înregistrat o deplasare a opiniilor spre o cît mai mare autonomie a psihologului în activitatea de psihoterapie. Această schimbare în atitudinea medicilor față de acceptarea psihologilor în psihoterapie a fost progresivă, inițial implicită și informală, iar apoi cu tot mai evidentă statuare profesională, fiind determinată nu numai de formația lor, ci și de competența demonstrată, care, deși privită uneori cu rezerve, nu mai poate fi contestată.

9. Psihologul ca cercetător

Aserțiunea conform căreia „cercetarea este aria activității psihologului clinician prin care el poate să-și aducă cea mai importantă și necesară contribuție” (R. M. Goldenson, 1970, p. 218) a întrunit treptat tot mai multe adeziuni, realizînd actualmente un consens al cărui scop este mai mult intuit, impunîndu-se a fi însă și argumentat. În această privință, a cercetării, contribuția psihologului clinician se regăsește în toate ariile activității sale, de la cîmpul vast al cauzelor tulburărilor psihice (de la analiza factorilor genetici, heredo-familiali și psihosociali) la studiul incidenței și prevalenței diverselor condiții psihopatologice, al reacțiilor insului la boală, al terapiei ca proces și al evaluării rezultatelor terapiei, pînă

la elaborarea examenelor psihometrice și validarea instrumentelor investigației sale specifice.

Din acest amplu evantai al preocupărilor sale fără îndoială că investigarea prin teste și probe psihologice, considerată ca activitate specifică psihologului clinician, oferă acestuia una din cele mai favorabile condiții de cercetare, întrucât „metoda psihodiagnozei se află între observație și experiment” (D. Shakow, 1980, p. 2993).

Într-adevăr, în raport cu medicii, poziția psihologilor în cercetarea psihomedicală este superioară, această situație fiind determinată atât de programele lor de instrucție, de formarea și orientarea aptitudinală, cât și de conținutul activității lor. Conform opiniei noastre, acest ultim aspect favorizează în cel mai înalt grad activitatea de cercetare în care psihologii ocupă un loc central, consolidându-și o veritabilă consacrare. Acest lucru este posibil întrucât complexitatea extraordinară a domeniului în care și desfășoară activitatea, bogăția și noutatea mijloacelor investigației, precum și caracterul inedit al fiecărui caz examinat, conferă psihologului clinician condiții deosebit de favorabile în activitatea de cercetare.

Datorită faptului că alte grupuri profesionale, ca biologi, biochimisti etc., au adus de-a lungul anilor o contribuție covârșitoare la cele mai importante descoperiri medicale, există o tendință de minimalizare și uneori de dezinvestire a medicilor sub raportul activității de cercetare. În plan psihomedical, această tendință se manifestă nu atât din perspectiva psihologiei clinice, cât mai ales din partea reprezentanților psihologiei academice, care consideră că „medicii nu sînt oameni de știință”. Aserțiuni asemănătoare, desigur nefondate și care nici nu pot fi argumentate, sînt îndreptate și împotriva psihologilor clinicieni, care la rîndul lor sînt „nemulțumiți de suspiciunile pe care reprezentanții psihologiei academice le au față de psihologia clinică sub aspectul profesiei și ca activitate practică” (E. Borden, 1963, p. 3) întrucît aceasta le-ar știrbi autoritatea științifică.

Respingînd astfel de afirmații hazardate, cu atât mai mult cu cît nu sînt argumentate, constatăm totuși că spre deosebire de medic, care sub presiunea activității practice desfășoară o muncă strict organizată, și nu rareori standardizată, psihologul, eliberat în general de problematica și responsabilitatea asistenței cotidiene este, desigur, avantajat. La aceasta se adaugă faptul că, deși dezideratul medicului este de „a trata bolnavul”, în fond el luptă cu boala care, în anumite limite, este aceeași, numai pacientul fiind întotdeauna altul. De aici decurg avaturile, virtuțile și diferențierile profesionale actuale: medicul practician rămîne, determinat de circumstanțe, la nivelul fenomenal al bolii, în timp ce psihologul abordează de la început omul aflat sub incidența suferinței cu emoțiile, anxietățile, frustrațiile și, în general, cu trăirile și reacțiile pe care boala le dezvoltă. Aceasta conferă psihologului situația privilegiată în cercetare unde el nu face, asemenea medicului, un examen, nu acordă o consultație, ci întreprinde o investigație; el desfășoară o activitate de explorare, ceea ce îi asigură un statut particular în cercetare.

10. Direcțiile dezvoltării psihologiei clinice în unele țări din Europa și America

Importanța psihologiei în clinică, în mod unanim acceptată, poate fi apreciată după amploarea și acuitatea cu care este invocată nevoia de cunoaș-

tere psihologică din partea medicului și de ajutor psihologic din partea bolnavului.

Întrucît orice boală, indiferent de natura sau gravitatea sa, constituie o experiență negativă particulară, de cele mai multe ori unică și dramatică, participarea psihică a celui în cauză este profundă și totală. Dacă reacția psihologică a pacientului este constantă în orice afecțiune somatică, orientarea medicului asupra stării psihice a pacientului trebuie să comporte o valoare axiomatică.

Importanța psihologiei în clinică este reliefată însă nu numai de reacțiile psihice față de bolile somatice, ci și de perturbările emoționale care nu prezintă corespondențe organice. Numărul acestora ocupă un loc central în activitatea clinică a omnipracticianului, dar și în aceea a specialistului, întrucît „s-a estimat că 80 % din pacienții care solicită control medical prezintă probleme emoționale” (N. D. West, 1979, p. 7). De fapt, din punctul de vedere al susținerii psihologice împărțirea pacienților în „organici” și „funcționali” are un caracter fastidios întrucît „nu există cazuri organice, psihosomatice sau psihologice și orice consultație creează o relație psihologică complexă ce implică de cele mai multe ori o cerere latentă sau un context psihologic, pe care medicul trebuie să-l diagnosticeze” (E. Raimbault, 1964, p. 649).

În faza actuală a evoluției științelor medicale și antropologice, a dezvoltării gândirii și concepțiilor filozofice, cînd există un consens privind unitatea somato-psihică, fenomenele și stările psihice care însoțesc afecțiunile somatice nu trebuie doar recunoscute, ci se impune a fi investigate și estimate în fiecare boală și în fiecare situație clinică. Tocmai de aceea, „în momentul de față psihologia clinică apare ca una dintre profesiunile majore din domeniul sănătății mintale” (S. L. Garfield, 1965, p. 138); totodată, „psihologia clinică reprezintă cel mai mare interes printre psihologii profesioniști de astăzi” (E. R. Hilgard, R. C. Atkinson, 1967, p. 603), fiind în același timp „cea mai mare specialitate dintre ramurile psihologiei aplicate” (J. Deese, 1967, p. 582).

Revendicarea tot mai acută a ajutorului psihologic în cadrul acțiunilor de asistență medicală, dar și în afara ariilor acestora, se datorește creșterii nivelului sociocultural, a calității vieții, în general, dar și sporirii eficacității actului medical și dezvoltării educației sanitare, în particular. În virtutea acestor considerente „nevoia de ajutor psihologic a bolnavului nu mai trebuie demonstrată, importanța ei fiind recunoscută de toată lumea” (J. Guyotat, 1967, p. 117).

Ca o consecință a acestui fapt, în cele mai multe clinici s-au înființat laboratoare de psihologie, psihologul fiind deseori un membru activ al echipei terapeutice. El se afirmă tot mai mult nu numai în investigația psihologică și în activitatea de asistență, dar și în acțiuni terapeutice specifice sau în evaluarea rezultatelor terapiei organice. Totodată, prezența psihologului în comisiile de evaluare a capacității de muncă, de expertiză medico-judiciară sau în cele de *counseling* și orientare socioprofesională nu mai constituie un deziderat, ci un fapt firesc, absolut necesar și unanim acceptat. Dacă în activitatea de investigație psihologul este solicitat, dacă în munca terapeutică este tolerat, iar în numeroase comisii medicale unanim acceptat, în cercetarea științifică el ocupă un rol privilegiat; prin formația și instrucția sa, prin înclinațiile și disponibilitățile sale, psihologul se afirmă ca un membru tot mai valoros al echipei de cercetare. În această etapă, postsemiologică, a cunoașterii medicinei clinice. Toate

acestea au făcut din psihologia clinică „o știință fundamentală în medicină” (G. Heuyer, 1966, p. 1) sau „o știință de bază a medicinei” (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1978, p. 53).

Desigur, dezvoltarea psihologiei clinice și importanța care se acordă problematicii psihologice în ansamblul activităților clinice sînt diferite de la o țară la alta și de la un domeniu clinic la altul.

Această dezvoltare a cunoscut o deosebită amploare după cel de-al doilea război mondial, fiind confruntată cu concepții diverse, uneori opuse, care însă „exprimau efortul de a formula scopurile medicinei moderne” (P. Pichot, 1968, p. 5). În ansamblul concepțiilor și doctrinelor care căutau o acreditare în domeniul psihologiei și medicinei un rol important revine psihanalizei, amplu promovată în unele țări europene și mai ales în Statele Unite în anii '50 ai secolului nostru. Cu toate acestea, „este necesar a se evidenția că transformarea modernă a medicinei nu se datorește mișcării psihanalitice, așa cum se consideră în general, ci unui proces istoric care a cuprins toată cultura contemporană ca reacție logică față de pozitivism” (S. Luza, 1968, p. 122).

De fapt, orientarea umanistă și deschiderea psihologică a medicinei au avut la bază un factor sociocultural, extramedical, și un altul medical, profesional. Primul a constatat în dezvoltarea sociologiei, a psihologiei sociale, și în general a științelor comportamentale care au pătruns în medicină prin intermediul psihiatriei și al psihologiei medicale. Al doilea factor a izvorât din activitatea clinică tot mai specializată care, beneficiind de mijloace investigatorii perfecționate, a devenit mai aprofundată, ceea ce i-a permis să evidențieze un număr tot mai mare de bolnavi care, în ciuda suferinței autentice, nu prezentau modificări organice. Pentru aceștia se impuneau în primul rînd abordările terapeutice psihologice, medicii clinicieni dezvoltînd progresiv convingerea că, „în afara tratamentelor specifice, există un corp de cunoștințe a căror însușire le va permite o manipulare mai științifică a relațiilor umane și prin aceasta le va spori eficacitatea medicală” (P. Pichot, 1968, p. 73).

Psihologia clinică a cunoscut o veche și valoroasă tradiție în *Germania* unde s-a ținut primul curs de „Psihologie medicală” (1845) și s-a înființat primul Institut de psihologie (de către W. Wundt, în anul 1879) la care adăugăm crearea laboratorului de psihologie în anul 1904 de către E. Kraepelin, la „Clinica de boli nervoase Charité”. Prin această bază experimentală și aplicativă, psihologia a urmat o dezvoltare materialistă ilustrată prin strînsele raporturi cu fiziologia și ulterior cu psihiatria. Aceeași orientare a avut-o și învățămîntul psihologic în facultățile de medicină, a căror programă prevedea, înaintea primului război mondial, cinci ore pe săptămînă de psihologie în anii preclini, sub acest aspect „psihologia fiind la egalitate cu disciplinele organice, anatomia și fiziologia” (H. Szewczyk, 1968, p. 3) și șapte ore pe săptămînă în anii clinici.

În *Republica Democrată Germană*, psihologia clinică a cunoscut două momente de impulsione, în 1963 și în 1966, „datorită grijii statului față de psihologie”, „care a cucerit noi domenii în dezvoltare” (*ibidem*, p. 4). Cu toate acestea, prezentîndu-se aspecte ale colaborării medicului cu psihologul clinician se subliniază că „pătrunderea modului de gîndire al psihologiei și al psihoterapiei în practica medicală poate găsi o mai mare dezvoltare prin cultura medicală și printr-o considerație mai amănunțită a planurilor de învățămînt” (H. Kleinsorge, 1967, p. 16), unde, de fapt, psihologia este ilustrată prin cursuri și seminarii. Sub

aspect practic, activitatea psihologului clinician se desfășoară în : a) *munca de cercetare*, în care se înscrie studiul cauzelor fundamentale ale bolii, cercetarea psihodiagnostică și cercetarea psihoterapeutică, b) *activitatea din învățământ și educație* și c) *activitatea clinică*, orientată cu predilecție în sectorul psihodiagnostic și în sectorul psihoterapeutic. Precizând că această sistematizare este orientativă și didactică, se subliniază faptul că „atît cercetarea, cit și educația nu se pot face de la sine, ambele avîndu-și rădăcinile în practica clinică” (S. Hellmut, 1971, p. 97).

În *Republica Federală Germania*, promovîndu-se o abordare integrativă a bolnavului, se consideră că „un rol particular revine psihologiei, atît în cadrul științei psihiatrice, cit și în domeniul diagnosticului și terapiei în medicină” (W. Böcher, 1968, p. 16). De fapt, rolul *psihologiei în clinică*, estimat prin răspunsurile la unele chestionare adresate profesorilor din clinici, a fost calificat ca „foarte mare” și „mediu”. În ceea ce privește importanța psihologiei pentru medicul clinician s-a subliniat rolul acesteia atît în privința diagnosticului, cit și „sub aspectul științei pure”. Se consideră de asemenea că probele psihologice, și în special psihometrice, sînt necesare clinicianului în vederea ameliorării preciziei și obiectivității constatărilor sale, o importanță notabilă acordîndu-se psihologiei în privința unei mai bune înțelegeri a personalității bolnavului. Dacă în ansamblu se constată o deschidere a medicinei pentru psihologie, nu același lucru se poate spune despre aceasta în demersurile sale către medicină, întrucît „deși psihologia a cunoscut în mod indiscutabil în ultimele decenii o dezvoltare științifică considerabilă, ea nu a manifestat decît puțin interes pentru adevăratele probleme practice ale medicului” (*ibidem*, p. 22). Această situație a fost determinată și timp îndelungat perpetuată de „refuzul unei colaborări interdisciplinare”, activitatea psihologului într-o instituție medicală nefiind posibilă într-o poziție subordonată. Astfel, în Germania s-a dezvoltat „la numeroși psihologi o atitudine antimedicinală, iar la numeroși medici o atitudine antipsihologică; medicii credeau că ei cunosc psihologia mai bine prin contactul lor cu viața reală, în timp ce psihologii se cantonau în domeniul cercetării filozofice sau experimentale, o convergență nefiind decelată decît în ultimii 10—20 de ani” (W. J. Schraml, 1973, p. 10).

În ultimele două decenii, psihologia clinică a cunoscut o amplă dezvoltare în *Franța*, datorită unor personalități de renume mondial printre care se înscriu D. Lagache, considerat „promotorul și teoreticianul ei” (R. Lafon, 1963, p. 496), A. Lamache și P. H. Davost care au ținut primele comunicări de psihologie medicală la Academia de Medicină din Franța (1953 și 1954), ultimul inaugurînd primul curs de psihologie clinică la Facultatea de Medicină din Rennes (1958), J. Favez-Boutonier, G. Heuyer, dar mai ales prin contribuția lui J. Delay și a lui P. Pichot, medici psihiatri și totodată psihologi, care au ridicat cele două discipline la cel mai înalt prestigiu științific. Continuatori ai tradițiilor și concepțiilor medico-psihologice promovate de Th. Ribot, A. Binet, P. Janet, G. Dumas și alții, J. Delay și P. Pichot au impus psihologia clinică nu numai în activitatea practică, de asistență, ci și în învățămîntul medical, statuîndu-i un conținut specific, bine precizat și un domeniu clar delimitat. Dealtfel, se consideră că formarea psihologică a medicilor și învățămîntul clinic în psihologie constituie în Franța „o problemă fundamentală”, alături de aceea a statutului juridic și a protecției deontologice a profesiei de psiholog clinician. În sfera acesteia

se înscriu câmpul clinic al medicinei psihosomatice, munca de readaptare și reabilitare, activitatea de investigare prin teste și chestionare. Se precizează însă că demersurile cunoașterii psihologice îmbracă aspecte științifice „care nu se limitează nici la rigoarea aplicațiilor, nici la obiectivitatea elaborărilor statistice” (Nina Rausch de Traubenberg, 1968, p. 1016).

În *Anglia*, psihologia clinică modernă, recunoscută ca specialitate și profesie în cadrul serviciilor de sănătate din anul 1948, s-a dezvoltat în spiritul celei mai stricte accepțiuni a adjectivului, în care cunoașterea individuală, profundă și longitudinală constituia un deziderat. Axată esențialmente pe relația medic-bolnav, psihologia clinică britanică a avut de la început în vedere cei doi poli ai selecției, acordând disponibilităților relaționale ale medicului aceeași importanță ca și expectațiilor de sprijin psihologic ale bolnavului. Acest punct de vedere, inspirat din studiile de psihologie socială, inițiat și promovat de Școala de la Tavistock Clinic condusă de M. Balint, a devenit o concepție în psihologia clinică actuală, fiind adoptată în majoritatea clinicilor din lume. În ultima vreme însă, psihologia clinică engleză s-a detașat într-o oarecare măsură de concepția lui M. Balint care prezenta un aspect empiric dar de a cărei oportunitate și eficacitate nu ne îndoiim, urmînd o linie comportamentistă, preconizată de T. F. Rodger și E. Stengel (profesori de psihiatrie) și R. M. Mowbray și P. R. F. Clarke (profesori de psihologie). Relativ recent, British Psychological Society preconizează ca domeniul psihologiei clinice să cuprindă cinci arii majore. Astfel, menținîndu-se problematica relațională medic-bolnav și a efectelor psihologice ale bolii (preconizate de școala Balint) studiul psihologiei clinice mai cuprinde: — funcțiile psihologice elementare, — psihologia dezvoltării, — psihologia diferențială și — date aferente medicinei din psihologia socială. Totuși, în învățămîntul medical, ca și în activitatea clinică, a fost semnalată o anumită „rezistență la psihologie” determinată de faptul că medicii, ca și profesorii, au fost formați „într-o filozofie a determinismului fizic” care a făcut „din însumarea fundamentelor biochimice sau structurale ale comportamentului normal sau patologic scopul exclusiv al cercetărilor” (P. R. F. Clarke, E. Stengel, 1968, p. 95).

În *Uniunea Sovietică*, psihologia clinică a beneficiat de valoroase tradiții, în special experimentaliste, prin înființarea în ultimele decenii ale secolului trecut a unor laboratoare în principalele spitale de boli neuropsihice, ca și prin introducerea, în aceeași perioadă, a unor cursuri de psihologie pentru studenții facultăților de medicină. Învățămîntul de psihologie medicală din Rusia a fost desigur impulsionat de îndemnurile lui I. M. Secenov care este considerat „nu numai întemeietorul neurofiziologiei ruse, dar și fondatorul psihologiei materialiste” (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 17), ca și de studiile lui V. M. Bechterev care prin cercetările sale asupra reflexelor a încercat să fundamenteze o „psihologie obiectivă” pe care I. P. Pavlov a denumit-o *nervism*. Cu toate că studiile și descoperirile lui Pavlov au intrat definitiv în patrimoniul neurofiziologiei, fiind acreditate cu o valoare științifică excepțională, continuatorii săi „au încercat înlocuirea psihologiei cu reflexologia și mai tîrziu cu studiul activității nervoase superioare... negîndu-se caracterul de-sine-stătător al psihologiei ca știință” (V. N. Miasiscev, 1971, p. 801). Se subliniază de asemenea că deși „aceste tendințe greșite au fost stăvilite, ele s-au reflectat negativ asupra utilizării psihologiei

în practica medicală" (*ibidem*). Se menționează că „subaprecierea specificului vieții psihice, ca un nivel de organizare a activității creierului, ca și tendința de reducere a psihicului la procesele activității nervoase superioare au avut consecințe triste, reflectate prin discordanța fundamentală existentă între psihiatrie și știința psihologică contemporană și prin rămânerea în urmă, neevaluată până acum, a categoriilor psihopatologiei generale față de pozițiile științei psihologice contemporane” (I. F. Poliakov, 1971, p. 821).

În ultimii 15 ani însă, odată cu reevaluarea rolului psihologiei în practica medicală, „din anul școlar 1965/1966 s-a reintrodus un curs de psihologie medicală pentru studenții facultăților de medicină... acest curs jucînd rolul unei propedeutici specifice, față de toate disciplinele clinice” (V. M. Banseikov et al., 1967, p. 5). Totodată, s-a impulsionat activitatea psihologică în spitale și mai ales în clinicile de psihiatrie, menționîndu-se că, „în prezent, a apărut și s-a dezvoltat o rețea de cabinete de psihologie medicală în spitalele de psihiatrie din țară”... în care lucrează „fie absolvenți ai facultăților de psihologie, fie medici psihiatri care au absolvit o pregătire în psihologia patologică” (V. V. Kostikova, 1965, p. 81). În cadrul acestei pregătiri, un rol deosebit de important revine metodelor psihologice de tratament, pentru care este organizat un învățămînt special prin catedre de psihoterapie în principalele institute de medicină. Scopul formării psihoterapeutice a psihiatrilor și neurologilor este acela „de a-i pregăti să devină șefi de cabinet psihoterapeutic în dispensare de psihiatrie și neurologie, ca și pentru a fi psihoterapeuți în spitale de psihiatrie sau de neurologie” (V. E. Rojnov, 1968, p. 99). Totodată, este realizată o formare psihoterapeutică a medicilor specialiști, prin organizarea unor cicluri de cursuri și exerciții practice de psihoterapie, adaptate principalelor domenii clinice: medicină internă, dermatovenerologie, ginecologie, chirurgie, anestezie și stomatologie.

În *Statele Unite ale Americii*, primele laboratoare de psihologie clinică au apărut în spitalele de psihiatrie „începînd din anul 1894” (D. Shakow, 1980, p. 2990). Principala sarcină a psihologilor clinicieni a fost, inițial, aceea a examinărilor psihologice prin aplicarea testelor. Această activitate era acreditată cu o mare responsabilitate și de aceea impunea o calificare specială în domeniu. Ulterior, în anul 1918, psihologilor care aveau această calificare li se acordau „certificate” de către conducerea Asociației psihologilor. O activitate „mai sistematică” în domeniul psihologiei clinice se înregistrează însă din 1931 datorită coordonării realizate prin Secția de Psihologie clinică din cadrul Asociației Americane de Psihologie. Această secție „numără acum 3000 de membri, deși există tot atîția psihologi care, din diferite motive, nu s-au afiliat; în plus, există 60 de universități cu programe de pregătire în psihologia clinică” (S. L. Garfield, 1965, p. 139).

Se apreciază, de asemenea, că în Statele Unite „psihologii clinicieni, împreună cu cei din consiliere, reprezintă 50% din numărul total al psihologilor” (E. R. Hilgard și R. C. Atkinson, 1967, p. 603). Este de menționat faptul că psihologii clinicieni nu își desfășoară activitatea numai în domeniul medical, ci și în diverse instituții sociale. În privința scopului și activității psihologilor clinicieni se apreciază că acestea „s-au lărgit imens în ultimele decenii, cuprinzînd activitatea în agenții de *child guidance*, spitale de psihiatrie, clinici de sănătate mintală, centre de orientare profesională, instituții școlare, servicii pentru studenți, închisori,

școli pentru delinvenți, spitale generale, spitale specializate, școli pentru handicapați, agenții comunitare ce lucrează cu alcoolici, bătrâni, depravați etc" (D. Shakow, 1980, p. 2991).

Sub aspectul orientărilor teoretice, dar și al demersurilor practice, nu trebuie omis faptul că după cel de-al doilea război mondial, „un mare val de entuziasm” a orientat psihologia clinică din Statele Unite spre psihanaliză, numeroși medici și psihologi urmînd cariera de psihanalist. În plus, teoria și practica psihanalitică au dominat și învățămîntul psihiatric „neglijîndu-se celelalte științe fundamentale legate de psihiatrie” (R. J. Stoller, I. N. Mensh, 1968, p. 48). Acești exponenți ai psihologiei clinice americane subliniază însă că „entuziasmul pentru psihanaliză care a culminat cu o decadă în urmă a regresat în ultimii zece ani, paralel cu creșterea anvergurii celorlalte științe comportamentale, în afară de psihanaliză” (*ibidem*).

Psihologia clinică a cunoscut o puternică dezvoltare în *Cuba*, unde în ultimele două decenii a parcurs un drum sinuos, de la aspectele psihofiziologice experimentale la cele clinice psihosomatice și terapeutice. Conform opiniei lui J. A. Bustamante (1967), studiile de psihologie clinică sînt tot mai mult orientate asupra reacțiilor psihologice ale persoanei la agresiunile și maladiile somatice, ca și asupra consecințelor somatice ale stressurilor psihice. Un loc important în cadrul preocupărilor din domeniu îl ocupă interviul de psihologie clinică, problematica relației medic-bolnav și fenomenul de transfer. Totodată, psihologia clinică abordează fenomenologia psihologică a pacientului din diverse domenii ale medicinei, de la cele medicale la cele chirurgicale, de la cele pediatrie la cele geriatrie. Studiul factorilor iatrogeni, precum și aspectele generale ale sănătății mentale conferă de asemenea conținut psihologiei clinice și medicale aflată, în această țară, într-o fructuoasă dezvoltare.

În *Cehoslovacia*, dezvoltarea psihologiei clinice este considerată ca „promițătoare dar insuficientă”, întrucît asigurarea unei asistențe medicale cuprinzătoare „necesită servicii psihologice și aplicarea psihologiei ca parte integrantă a îngrijirii medicale preventive și curative” (A. Poláček, O. Kondás, J. Pogády, 1968, p. 612). Înscrisă în planurile de învățămînt ale facultăților de medicină din Praga, Brno și Bratislava, psihologia clinică este argumentată teoretic de necesitatea unei abordări comprehensive a insului, pornindu-se de la faptul că în însăși definiția sănătății și a bolii sînt invocate atît condiții organice, cît și psihologice și sociale. Sub aspect practic, psihologia clinică din Cehoslovacia își găsește o largă aplicabilitate atît în domeniul cercetării (fiind axată asupra rolului factorilor psihologici în etiologia diverselor afecțiuni), al investigației psihologice (asupra modificărilor personalității insului sub influența bolii), cît și în domeniul psihoterapiilor.

În *Spania*, ignorarea sau minimalizarea problematicii psihologice a medicinei, care a avut loc pînă în ultimele decenii, este apreciată ca „eroarea somatică”, actualmente fiind puțini aceia care se îndoiesc că psihologia trebuie să aibă un loc în sînul medicinei” (R. Sarro, J. Germain, 1968, p. 60). În plus, autorii consideră că neglijarea stării psihice a bolnavului vizează însăși responsabilitatea profesională a medicului. Printre principalele domenii de afirmare a psihologiei clinice din Spania se înscrie cel de investigație și cunoaștere psihologică, de practică psihoterapeutică și de cercetare științifică. Totuși, se precizează că „administrarea

testelor nu este decît un moment dintr-un ciclu operațional și a-l reduce pe psiholog la acesta ar însemna pentru el supliciuul lui Tantal” (*ibidem*, p. 64). Psihologul clinician este văzut ca un antropolog, al cărui scop general este studierea și cunoașterea omului, ceea ce implică faptul că în centrul activității sale clinice se situează reacțiile insului la boală, ca și relațiile sale cu cei care-i acordă asistența.

În *Portugalia*, psihologia clinică s-a dezvoltat mai ales după anul 1948, cînd s-au creat laboratoare de psihologie în spitalele de psihiatrie, ca și în serviciile de psihiatrie ale spitalelor generale. În aceeași perioadă s-au organizat „cursuri libere” de Psihologie medicală și de Psihosomatică la Lisabona și la Porto. Sub aspect aplicativ, psihologia a cunoscut o amplă dezvoltare prin organizarea așa-numitor „consultatii pentru nevroze” din cadrul clinicilor medicale și chirurgicale. Sub aspect metodologic, spiritul comprehensiv, vizînd „înțelegerea bolnavului ca personalitate în situație” (H. de Barahona-Fernandes, 1968, p. 130), pare să domine activitatea clinică a psihologului. Se consideră, de asemenea, că prin activitatea acestuia, ca și printr-o formare psihologică a medicului, se va putea depăși „unilateralitatea medicinei naturaliste și a științei tehnologice” (*ibidem*, p. 129), asigurîndu-se o mai bună cunoaștere nu numai a bolii, ci și a persoanei (*homo patiens*) aflată sub incidența acesteia.

În *Merie*, activitatea psihologilor din domeniul clinic este coordonată prin „Departamentul de Psihologie Medicală și Sănătate Publică” înființat în anul 1955. Totodată, dezvoltarea psihologiei clinice a beneficiat de „reforma” care a avut loc în cadrul organizării sanitare și a învățămîntului, la baza căreia au stat două postulate: „implantarea învățămîntului psihologic, ceea ce implică includerea studiului persoanei umane în formarea generală a medicului, și necesitatea nu numai de a instrui, ci și de a educa pe studenți” (S. Luza, 1968, p. 111). Prin această deschidere către psihologie se urmărește promovarea unei „medicine umaniste”, în cadrul căreia omul să fie abordat „ca totalitate biopsihosocială” (*ibidem*).

Dezvoltarea psihologiei clinice în țările *Americii de Sud* (*Argentina, Brazilia, Chile, Columbia, Peru, Venezuela*), cunoaște orientări asemănătoare aceleia din Mexic, și anume: — abordarea comprehensivă a bolnavului, — ampla deschidere către medicina psihosomatică și problematica relațională a pacientului, — accentul asupra studiului personalității (în cercetare) și asupra psihoterapiei în activitatea de asistență.

Într-o privire de maximă generalitate asupra situației, direcțiilor și perspectivelor psihologiei clinice, în afara diferențelor inerente și întrucîtva specifice de la o țară la alta, se poate afirma că interesul pentru cunoașterea și asistența psihologică a bolnavului este general manifestat și intens invocat. Totodată, preocuparea medicilor pentru psihologie este dublată de o gândire psihologică, ce s-a dezvoltat progresiv în activitatea clinică. De asemenea, există o intensă preocupare pentru instruirea și abilitarea medicală a psihologilor, ca și pentru formarea psihologică a medicilor, invocată, iar în cele mai multe țări statuată, ca parte integrantă a pregătirii medicale. Tocmai de aceea, „problema formării psihologice a medicilor este la ordinea zilei și a făcut deja obiectul a multiple studii în Franța, Germania, Statele Unite și mai ales în Anglia” (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1978, p. 54). În același timp, ținînd seama de posibilitățile obiectiv limitate în pregătirea psihologică a medicilor, ca și în instruirea medicală a psihologilor, actualmente se preconizează

formarea unui nou specialist clinician, „medicul-psiholog”, abilitat în asistența tulburărilor și bolilor psihice, ca și cercetării problemelor igienei mentale și „structurii mentale” a insului sănătos și bolnav. Acest specialist, format în cadrul învățământului medical, într-o secție de „medicină psihologică”, va îmbina formația socioantropologică a psihologului cu viziunea medicală a psihiatrului, beneficiind astfel de o pregătire și competență superioare, necesare atât în privința asistenței specifice, cât și a cercetării din domeniul psihiatriei și al psihologiei clinice.

Bibliografie

- Balint, M., Balint, Enid., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1966.
- Bansikov, V. M., Gusikov, V. S., Miagkov, I. F., *Mediŭinskaia psihologiia*, Moskva, Izd. Mediŭina, 1967.
- Barahona-Fernandès, H. de, *La psychologie dans le curriculum médical*, „Psychologie et Médecine” (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 125—144.
- Böcher, W., *La formation psychologique des étudiants en médecine et la coordination de la psychiatrie et des sciences psychologiques*, în *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 15—33.
- Borden, E., *Clinical psychology at the crossroads*. „Newsltr. Div. Clin. Psychol.”, Am. Psychol. Ass., 1963, 16, 2, p. 3—4.
- Bustamante, J. A., *Psicologia Medica*, Cuba, Inst. Del Libro, 1967.
- Clarke, P. R. F., Stengel, E., *L'enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine en Grade-Bretagne*, în *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 79—96.
- Daumezon, G. et al., *Psychologie à l'admission de Sainte Anne (Réflexion sur la collaboration Psychiatres et Psychologues)*, „L'Information Psychiatriques”, 1968, 44, 5, p. 449—458.
- Deese, J., *Clinical Psychology*, în *General Psychology* (J. Deese ed.), Boston, Allyn and Bacon, 1967, p. 582.
- Dosios, A., Alexandru, S., Neicu, Valentina, *Colaborarea medicului cu psihologul în serviciul de psihiatrie (adulți)*, „Revista de psihologie”, 1963, 9, 1, p. 37—49.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Manuel de Psychiatrie*, Paris, New York, Barcelone, Milan, Masson, 1978.
- Favez-Boutonier, J., *Psychologie clinique et psychologie médicale*, „Ann. méd. psychol.”, 1961, 210, p. 321—325.
- Fedida, P., *Percéption et compréhension clinique en psychologie; instrumentalité et concepts*, „Bull. psychol.”, 1968, 270, 21, p. 908—929.
- Garfield, S. L., *Handbook of Clinical Psychology* (B. B. Wolman ed.), New York, McGraw-Hill, 1965.
- Gentis, R., *Le psychologue à l'asile: étude écologique*, „L'Information Psychiatrique”, 1968, 44, 6, p. 549—554.
- Goldenson, R. M., *Medical Psychology. The Encyclopedia of Human Behaviour. Psychology, Psychiatry and Mental Health*. New York, Doubleday, 1970.
- Gratiot-Alphandéry, Hélène, *Le rôle de psychologue clinicien*, „L'Information Psychiatrique”, 1968, 44, 5, p. 445—447.
- Greening, T., Bugental, T., *Psychologists in clinics*, „The profession of psychology”, New York, Holt, 1962.
- Guyotat, J. et al., *Psychiatrie et formation psychologique du médecin*, „Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Dijon, 4—9 Juillet, 1967, Paris, Masson, 1967.
- Hall, C., Lindzey, G., *Theories of Personality*, New York, John Wiley, 1957.
- Harrower, Molly, *Clinical Psychologists at Work*, în *Handbook of Clinical Psychology* (B. B. Wolman ed.), New York, McGraw Hill, 1973, p. 1443—1458.
- Hellmut, S., *Der Psychologie in der modernen Psychiatrie*, în *Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft* (red. B. Schwarz, K. Weise, A. Thom), Leipzig, Veb Georg Thieme, 1971, p. 93—100.
- Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie Médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1966.
- Hilgard, E. R., Atkinson, R. C., *Clinical and conseling psychologists*, în *Introduction to psychology*, New York, Harcour, Brace, 1967, p. 603.
- Hunt, A. W., *Relations with other Professions*, „Handbook of Clinical Psychology” (ed. B. B. Wolman), New York, McGraw-Hill, 1973, p. 1459—1468.
- Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973.

- Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S., *Psychologie Médicale*, Paris, Masson, 1980.
- Kaplan, H. I., *Psychosomatic Medicine. I. Basic concepts. Comprehensive textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan eds.), Baltimore, Williams-Wilkins, 1967.
- Kerbikov, O. et al., *Psichiatrie*, Moscou, Ed. Mir, 1972.
- Kleinsorge, H., *Zur Zusammenarbeit zwischen Arzt und Klinischen Psychologen*, in *Probleme der Klinisch psychologischen Diagnostik* (red. H. Szewczyk, H. D. Rösler), Berlin, Veb Verlag Volk und Gesundheit, 1967, p. 13–19.
- Kostikova, V. V., *O practiceskoi rabote psikhologiiia v psichiatricheskoi bolnife*, „Voprosi eksperimentalnoi patopsihologii”, Ministerstvo-zdravohranenia, Moskva, 1965, p. 81–86.
- Lafon, R., *Psychologie clinique*, „Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant”, Paris, Press. Univ. France, 1963.
- Lagache, D. et al., *Les modèles de la personnalité*, Paris, Press. Univ. France, 1965.
- Lamache, A., Burloud, A., Davost, P. H., *Préliminaires à une psychologie médicale*, Paris, „L'Expansion scientifique française”, 1960.
- Lebedinski, M. S., Miasishev, V. N., *Vvedenie v meditsinskuiu psikhologiiu*, Leningrad, Izd. Meditsina, 1966.
- Luza, S., *Enseignement de la psychologie aux étudiants en médecine*, in *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, 109–123.
- Martin, M. J., *Psychiatry and Medicine*, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 2 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2030–2041.
- Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M., *Clinical Psychiatry*, London, Baillière, Tindal-Cassel, 1969.
- Miasishev, V. N., *K voprosu o znaceniі psikhologii dlia meditsini*, „Jurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S. S. Korsakova”, 1971, 71, 6, p. 801–802.
- Minkowski, E., *Les assises d'une psychologie et d'une psychopathologie humaines*, „Ann. Méd. — psychol.”, 1969, 127, 2, 2, p. 240–244.
- Misés, R., Bailly-Salín, M. J., *La place du psychologie dans un secteur de néuropsychiatrie infantile*, „L'Information Psychiatrique”, 1968, 44, 5, p. 437–444.
- Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie appliquée*, in *Traité de psychologie appliquée*, vol. II (red. M. Reuchlin), Paris, Press. Univ. France, 1973, p. 111–162.
- Perse, J., *Collaboration du psychologie au dépistage et au diagnostic des maladies mentales*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. M. Reuchlin), Paris, Press. Univ. France, 1972, p. 109–147.
- Pichot, P., *Histoire des idées sur l'hystérie*, in *Confrontations Psychiatriques*, Paris, Spécia, 1968, p. 1–28.
- Poláček, A., Kondás, O., Pogády, J., *K potrebe rozvoja psychologie v zdravotnických službach*, „Bratisl. lex. listy”, 1968, 49, 6, p. 612–617.
- Poliakov, I. F., *Psikhologhia i psichiatria*, „Jurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S. S. Korsakova”, 1971, 71, 6, p. 821–830.
- Predescu, V., Ionescu, G., *Psihologia — dimensiune implicită a medicinei (Raport la prima Consfătuire națională de psihologie medicală, Cluj, nov. 1971)*, „Neurologia”, 1972, 17, 4, p. 289–298.
- Raimbault, E., *Compte rendu de la 11^e Conférence Internationale sur la formation psychologique des médecins à la thérapeutique*, „L'Évolution Psychiatrique”, 1964, 29, 4, p. 649.
- Rausch-Trautenberg, Nina, *Images du psychologue clinicien*, „Bull. Psychol.”, 1968, 270, 21, p. 1015–1019.
- Rojnov, V. E., *L'enseignement de la psychologie médicale et de la psychothérapie en Union Soviétique*, „Psychologie et Médecine” (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 97–101.
- Sarro, R., Germain, J., *Quelques questions de psychologie médicale*, „Psychologie et Médecine”, (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, 59–68.
- Schneider, B. P., *Psychologie médicale*, Paris, Payot, 1969.
- Schraml, W. J., *Précis de Psychologie Clinique*, Paris, Press. Univ. France, 1973.
- Schultz, J. H., *Die seelische Krankenbehandlung*, Stuttgart, Fischer, 1963.
- Shakow, D., *Clinical Psychology*, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 3 (H. I. Kaplan et al. eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2990–3000.
- Silva, E. P., *Medicina Psicossomatica*, São Paulo, Ministério da educação e cultura, 1959.
- Speer, E., *Psychotherapie durch Laien*, „Handbuch der Neurosenlehre Psychotherapie” (red. V. Frankl et al.), München, Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1959.
- Stoller, R. J., Mensh, I. N., *L'enseignement de la psychiatrie et des sciences psychologiques*, in *Psychologie et Médecine* (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 47–58.
- Szowezyx, H., *Développement de l'état de l'enseignement de la psychologie pour les étudiants en médecine*, „Psychologie et médecine” (red. P. Pichot), Paris, Masson, 1968, p. 1–14.
- West, N. D., *Psychiatry in Primary Care Medicine*, Chicago, London, Year Book Medical Publishers, Inc., 1979.

PSIHOLOGIA CLINICĂ ȘI PERSOANA UMANĂ

Definită ca știință a explorării conduitei omului „în propria sa perspectivă”, bazată prin excelență pe observarea și analiza aprofundată a „modurilor de a fi și de a reacționa ale unei ființe umane concrete și complete, integrată într-o situație” (D. Lagache, 1969), *psihologia clinică* nu se reduce totuși la utilizarea metodei clinice, ci tinde să cuprindă „studiul modificărilor psihice în situații concrete și în perspectivă longitudinală ale bolnavilor internați, indiferent de aspectul sau natura afecțiunii lor” (G. Ionescu, 1973), ca ramură a unei discipline mai vaste, *psihologia medicală*.

Pe cînd pentru unii psihologia clinică nu ar fi capabilă să-și desfășoare activitatea independent de psihiatrie, fiind mai degrabă „o componentă auxiliară a acesteia” (W. A. Hunt, 1956), pentru alții ea depășește cadrele psihiatriei și ale psihoterapiei, constituind ghidul analizei și diagnosticului personalității alienate, cît și al instituirii unui tratament adecvat și eficient (H. Meyerhoff, 1959). Sînt însă și autori care, avînd în vedere doar metoda clinică ca atare, aplicată la examenul direct al comportamentelor, la decelarea și sistematizarea caracteristicilor persoanei pacienților, consideră că psihologia clinică „își dilată orizonturile”, operînd și dincolo de clinicile medico-psihiatrice, ajungînd pînă acolo încît să se ocupe nu numai de indivizi izolați, ci și de grupurile mici, de comunități etc. (N. Sundberg et al., 1973). Se cuvine în acest caz să subliniem încă o dată că psihologia clinică nu este echivalentă cu metoda clinică care, ca formă de abordare și de cunoaștere proprie inițial în exclusivitate medicinei, a fost adoptată cu timpul și în alte domenii de cercetare legate de om. După părerea noastră, nu atît prioritatea acordată examenului clinic (A. Rey, 1964) caracterizează psihologia clinică, cît aplicarea întregului arsenal de investigație psihologică (de la observație, interviu, chestionar, examen psihosomatic, anchetă socială, pînă la teste, măsurători antropometrice, elaborări statistice etc.) la problematica asistenței medicale, în măsura în care importanța traumelor psihice nu mai poate fi trecută cu vederea nici în diagnosticul bolilor somatice, pacientul nemaifiind pentru medic un simplu „cardiac” sau „hipertensiv”, ci o *persoană* care, în anumite împrejurări psihosociale, a devenit cardiacă sau hipertensivă (V. Pavelcu, 1976). În acest sens, cu toate că mulți medici au făcut dintotdeauna psihologie cam în modul în care un cunoscut personaj al lui Molière făcea proză, o serie de medici de o deosebită valoare au devenit conștienți în cel mai înalt grad — chiar și înainte de era „medicinii psihosomatice” — de dimensiunea psihologică a muncii lor și, în consecință, nu numai că au dotat cu valențe noi actul medical însuși, ci au adus contribuții din cele mai originale și esențiale la evoluția psihologiei științifice care, în definitiv, se situează în același context aplicativ cu medicina.

Examinînd, în cele ce urmează, aportul psihologiei clinice la cunoaşterea şi descifrarea persoanei umane, vom ocoli disputele terminologice alimentate de orgoliul de departament sau de propensiunea de a „originaliza cu orice preţ noţiunile comune”, în felul în care înţeleg de pildă să o facă E. Pamfil şi D. Ogodescu (1974) atunci cînd ne propun să concepem persoana ca pe un sistem de prospecţie a ceea ce se găseşte dincolo de „mască” sau ca fiind „o substituie a fenomenului individual cu un model general semnificativ, cu o lege a celor mulţi”. Dimpotrivă, în consens cu toate achiziţiile nu numai solid argumentate din punct de vedere logic, ci şi confirmate de practica cea mai diversă, concepem *persoana* ca fiind concretă în totalitatea dimensiunilor sale biopsihosociale, în care se înscrie noţiunea mai abstractă de personalitate, a cărei tratare nu este posibilă fără a se avea în vedere persoana, fără raportarea acesteia la relaţiile sociale din care se naşte şi se dezvoltă (V. Pavelcu, 1974). În acest sens s-a subliniat, pe bună dreptate, că „adevăratul scop al psihologiei clinice nu este acela de a prevedea ceea ce va face grupul, ci de a prezice ceea ce va face un anumit om”, persoana fiind mai mult decît „un punct de intersecţie în grafice”, „ea este în ea însăşi şi prin ea însăşi un sistem care are propriile sale legi” (G. Allport, 1970).

1. Izvorul clinico-medical al teoriilor personalităţii

Contrar paradoxalei opinii a lui W. McDougall, că medicina nu ar avea nimic de învăţat de la psihologie şi nici psihologia de la medicină (cf. H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1974), opinie cu atît mai bizară cu cît autorul ei este şi medic şi psiholog, realitatea faptelor ne autorizează să vorbim de o simbioză medicină-psihologie, astăzi perfect legitimată.

Cum s-a remarcat nu o dată, originea teoriilor personalităţii datează extrem de mult medicinei, cerinţelor practicii medicale (C. S. Hall, G. Lindzey, 1957). De la Hipocrat şi Galenus, la J.-P. G. Cabanis, E. Kraepelin, P. Janet, S. Freud, M. Prince, C.-G. Jung, A. Mayer, E. Kretschmer, L. Corman, E. D. Wiersma etc., medicina a determinat stăruitor o abordare atotcuprinzătoare a omului, exigenţele diagnosticului şi al tratamentului obligînd la investigarea persoanei pacientului sub toate aspectele, atît somatice, cît şi psihice, inclusiv pe planul relaţiilor micro şi macrosociale, într-o viziune integrativă, sintetică. Aşa cum se afirmă, cu referire la unii dintre autorii menţionaţi deşi „prin formaţia lor primară, aceştia nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu — psihologic — al medicinei, în care multe din observaţiile lor constituie achiziţii preţioase, probabil definitive” (G. Ionescu, 1973).

Totodată, această nouă perspectivă, clinico-psihologică, pe lingă valoarea sa euristică, permite degajarea unui anumit număr de tipuri morbide care intruchipează „forme” de caractere mai mult sau mai puţin bine definite. Interpretarea caută să explice geneza acestor tipuri morbide fie printr-o constituţie nativă, în general consubstanţială cu un temperament, fie prin influenţele sociale, care cristalizează în complexe reacţionale o anumită stare a relaţiilor între individ şi grupurile cărora le aparţine, fie că se identifică cu acestea, fie că li se opune. Cu alte cuvinte, diagnosticului clinic de tip caracterial, bazat pe semiologia cla-

sică, trebuie să-i succeadă o încercare de interpretare care să distingă „contribuția care revine în geneza acestui caracter, eredității și elementelor dobândite ontogenetic, influențelor biologice și sociologice, constituției și instituțiilor sociale” (J. Delay, 1953).

Punctul de plecare al studiilor de psihologie clinică îl constituie constatarea etern valabilă a lui Hipocrat, potrivit căreia nu există boli, ci numai bolnavi. Datele clinice acumulate de milenii demonstrează clar că fiecare individ suportă unul și același traumatism sau aceeași infecție în mod diferit, în funcție de ansamblul particularităților fizice, genetice, psihice, de condițiile sociale, într-un cuvânt de formula personalității sale. S-a conturat treptat concluzia că pentru prescrierea și administrarea unui remediu eficient nu este suficientă definirea maladiei (descoperirea agentului patogen, a cauzei endogene sau exogene a unei devieri de caracter, ori a unei dezorganizări mai profunde a structurii psihice etc.), cerându-se în egală măsură definită persoana bolnavului, în trăsăturile ei cele mai caracteristice, care își pun inevitabil amprenta pe configurația și evoluția bolii. S-a cristalizat totodată ideea că medicul nu este pur și simplu un „inginer al corpului”, ci un factor de intervenție complexă, *inclus el însuși în medicație* prin totalitatea demersurilor pe care le întreprinde, iar aceasta nu numai în sfera restrânsă a psihoterapeuticii.

Necesitatea cunoașterii adecvate a personalității bolnavilor s-a impus însă cu atât mai mult în cazul dereglărilor și maladiilor psihice propriu-zise. În măsura în care medicina în ansamblul ei devine din ce în ce mai individualizată, avînd a ține seama tot mai mult de „istoria personală” a fiecăruia, psihologia medicală (alias *clinică*) nu poate studia situațiile patologice și pe cele curative „decît cunoscînd structura în care se integrează mai mult sau mai puțin armonios istoria individuală și situațiile, adică personalitatea” (P. Sivadon, 1973). Pe de altă parte, însuși domeniul psihiatriei este reprezentat de studiul „tulburărilor personalității însăși, ținînd seama de alterarea instrumentelor anatomice de care se servește personalitatea” (H. Barük, 1959). În aceste condiții, indiferent de concepția generală, este firesc ca medicina să fi acordat o atenție aparte cercetărilor de ordin personologic, după cum tot atât de firesc este ca psihologia să recurgă la mijloacele medicinei ca să aprofundeze propriul său obiect de studiu.

Deși n-a fost medic, Th. Ribot, protagonistul „metodei psihopatologice”, și-a îndemnat permanent discipolii să studieze medicina ca sursă de cunoștințe absolut necesare descifrării fenomenului personalității. Dealtfel, Th. Ribot s-a numărat printre cei dintîi care, beneficiind de datele oferite de patologie, a schițat o teorie monistă a personalității, de o valoare ce se confirmă și astăzi. Sub acest unghi, el subliniază faptul că „organismul și creierul, reprezentanța sa supremă, constituie personalitatea reală, conținînd într-însa resturile a tot ce am fost și posibilitățile a tot ce vom fi. Întreg caracterul individual este înscris aici cu toate aptitudinile sale active și pasive, cu simpatiile și antipatiile, cu virtuțile și viciile, torpoarea sau activismul său. Ceea ce străbate pînă la conștiință este puțin în comparație cu ceea ce rămîne ascuns, deși în stare activă. Personalitatea conștientă nu este niciodată decît o mică parte a personalității fizice” (Th. Ribot, 1921).

Trecînd prin aceeași școală franceză inițiată de Esquirol și J. M. Charcot, ale cărui demonstrații epocale la spitalul de boli nervoase Salpêtrière din Paris au fecundat multiple direcții de investigație psihologică și de practică psihiatrică, medicul vienez S. Freud a elaborat, în etape,

o teorie a personalității minuțios fundamentată pe observația clinică, cu care astăzi se confruntă cele mai multe teorii personologice. Viabilitatea concepției freudiene se explică prin baza ei materialistă, prin optica sistemică structuralistă și dialectică în același timp, cit și prin deschiderea spre dimensiunea socială specifică omului, deși accentul este pus în special pe realitatea biologică, iar în cadrul acesteia pe funcția reproductivă și pe latura erotică. Fapt este că S. Freud, prin descoperirile sale autentice, rezistă chiar și comparației cu I. P. Pavlov, fiziologul care a dat atit medicinei cit și psihologiei o bază pragmatică modernă, cu neputință de subapreciat (H. K. Wells, 1956).

Căutînd să determine natura teoriilor personalității așa cum apare aceasta în lumina studiilor de psihopatologie, studiile din domeniu arată că cel mai frecvent s-a încercat construirea unor modele totale, reprezentarea personalității patologice în întregul ei, avîndu-se în vedere în mod simultan simptomele care o definesc, mecanismele care duc la formarea simptomelor și cauzele care stau la originea lor. Utilizînd, pentru descrierea personalității, unități elementare sau simptome, psihopatologia recurge, spre a le grupa rațional, la două procedee, ce corespund unor modele matematice distincte :

— *Modelul simptomatic*, din care rezultă definirea unei ierarhii de simptome din ce în ce mai generale (fapt ce corespunde modelului factorial).

— *Modelul sindromic*, aproape specific domeniului patologic, fiind un model „botanic” în sensul acelor concepute de medicul, psihologul și botanistul Boissier de Sauvages, care le sistematiza după tipicul speciilor vegetale (ceea ce corespunde modelului tipologic al lui R. Cattell).

În afară de modelele „descriptive”, P. Pichot distinge modele „patogenice” și „etiologice”. În ceea ce privește „modelele patogenice” de personalitate, conform opiniei lui P. Pichot, se pot pune în evidență, patru orientări teoretice :

A) *Dinamismul teleologic al personalității*, pe care a încercat să-l fundamenteze Georg Ernst Stahl, în *Theoria Medica Vera* (1707), care ipostazia o concepție metafizică și pietistă, nu lipsită de unele idei valabile regăsite mai apoi la Cl. Bernard, W. Cannon și H. Selye.

B) *Concepția ierarhică a personalității*, care culminează cu teoria de proveniență spenceriană a lui H. Jackson. Evoluția, spune neurologul englez, urmează un curs ascendent, de la centrii nervoși inferiori, cei mai simpli, cei mai automatizați și mai bine organizați, la centrii nervoși superiori, cei mai complicați, supuși voinței, dar în același timp mai puțin organizați. Disoluția urmează în mod firesc o cale inversă. Din cele de mai sus decurg alte două principii : a) vulnerabilitatea mai mare a centrilor superiori, care cedează primii „atacului”, și b) persistența unui anumit palier al evoluției, cu cit mai simplu cu atit mai organizat. Modelul jacksonian își va găsi continuatori de talia unor Th. Ribot, von Monakow, R. Mourgue și H. Ey.

C) *Modelul neurologic al personalității*, al cărui prototip îl aflăm la Cabanis și care, la Fr. J. Gall și J. C. Spurzheim îmbracă ideea unei corespondențe morfologice între personalitate și creier, dezvoltată ulterior în concepția izomorfismului între structura personalității și a sistemului nervos, ceea ce, bineînțeles, justifică necesitatea cercetărilor neurologice și biologice în psihiatrie ca dealtfel și în alte domenii ale medicinei (și nu numai aici, adăugăm noi).

D) *Heterogeneitatea modelului psihopatologic în raport cu modelul personalității normale*, direcție în care se merge pînă acolo încît se admite o deosebire calitativă între structura și mecanismele personalității normale în comparație cu anumite personalități patologice (W. Diltthey, K. Jaspers).

Aflați în fața celui mai complex și nuanțat fenomen al existenței universale, greu de sesizat și de descris în esența sa, oamenii de știință au emis ipoteze și teorii din cele mai diferite, uneori de-a dreptul opuse și contradictorii, după ce s-a dat prioritate unora sau altora din multitudinea aspectelor, teoriilor personalității existente. O sistematizare cu caracter mai mult sau mai puțin exhaustiv, pe baza criteriilor avute în vedere de autori, a realizat G. Ionescu (1973) și ea poate fi consultată cu folos pentru orice informare generală. Nu vom încheia însă acest paragraf fără a releva faptul că viziunea medicală asupra problemei personalității a determinat fixarea unor jaloane esențiale în soluționarea corectă a acesteia, și anume:

a) *Unitatea indisolubilă dintre psihic și organic*, dintre spiritual și corporal în sensul că nimic din ceea ce ține de personalitate nu se concepe a avea o existență *sine materia*, situată în plan transcendental, rațiune pentru care se introduce termenul dialectic de *corp psihic*, ceea ce „reprezintă organizarea care se edifică în și prin corp, spre a pune în relație organismul cu mediul său, spre a se constitui ca mediu al ființei față de mediul din afară” (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1974).

b) *Dezvoltarea personalității parcurge stadii succesive, strîns legate de maturizarea substratului organic și în strictă dependență de inserția treptată a individului în complexul de relații sociale date*. Procesul este reliefat cu pregnanță de H. S. Sullivan (1953), care definește personalitatea drept o „structură relativ stabilă a relațiilor interpersonale recurente ce caracterizează viața omului”.

c) *Trăsăturile (variabilele) cardinale ale personalității se formează în primii ani de viață*, fapt asupra căruia a atras atenția în mod deosebit S. Freud. După 30 de ani de investigație medicală și psihologică, el va declara, numai în aparență paradoxal, că obiectul cercetării psihanalitice este prin excelență copilul (S. Freud, 1925). Această precizare a permis să se tragă mai tîrziu concluzia că „inconștientul este format conform concepției freudiene, îndeosebi din reminiscențele conștiinței infantile” (Ch. Baudouin, 1964).

d) *Demonstrarea rolului eredității în structurarea cît și în dezechilibrarea și disoluția personalității*, importanță deosebită în acest sens avînd caracteristicile genetice ale creierului și sistemului nervos, ale sistemului de glande endocrine și ale metabolismului. Fără a admite teoria extremistă a lui L. Szondi, care consideră că toate manifestările normale sau patologice ale vieții mentale corespund unor gene fie dominante, fie recesive, legile ereditare au putut fi verificate în anumite afecțiuni neuropsihice familiale cum ar fi epilepsia mioclonică, unele idiotii amaurotice, unele forme de surdo-mutitate, coreea Huntington, psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia și altele (G. Heuyer, 1966).

e) *Structurarea „corpului psihic” are loc potrivit unei ecuații personale, dar și în limitele unor tipare mai largi, tipurile*, sarcina tipologiei fiind aceea de „a descoperi tipurile existente în natură” și de „a defini în ce măsură un individ dat aparține unuia din tipurile cunoscute”, crearea de tipuri fictive fiind lipsită de interes practic (R. Cattell, 1956).

f) *Descoperirea polarității introversiune-extraversiune*, ca expresie a „ritmului vital” al omului; din această perspectivă, în cazul predominării unuia din mecanisme „apare un tip, adică o atitudine obișnuită în care domină continuu unul din mecanisme, fără a-l înăbuși totuși complet pe celălalt care, și el, aparține activității psihice” (C. G. Jung, 1958).

2. Analiza cazurilor psihiatrice ca mijloc de descriere a tipurilor de personalitate

Personalitatea se constituie ca o configurație unică de caracteristici individuale, ca o structură solid articulată, unitară, stabilă și în același timp dinamică, având atributele unui sistem superdezvoltat, capabil nu numai de adaptări ingenioase, ci, la exemplarele superioare de invenție și creație.

Fenomenul este atât de complex încât unii cercetători se și întreabă dacă încercarea de a-l reduce la modele teoretice sau la tipuri nu eșuează în simple construcții artificiale. Tocmai de aceea, se subliniază că personalitatea nu poate fi „băgată în aceeași oală cu tipul” (C. T. Morgan, 1961), fiind invitați să o considerăm mai degrabă ca o arie de investigație decît ca o entitate, reală sau ipotetică (I. Sarason, 1966). Cu toate acestea, psihologi situați pe poziții mai puțin exclusiviste sfîrșesc prin a recunoaște importanța tipologiilor în cunoașterea persoanei umane, chiar și o „idee preconcepută” referitoare la tipurile de orice fel constituind „o bună ipoteză de lucru” (G. Allport, 1970). Așa cum s-a demonstrat, „noțiunea de tip este un instrument construit de spiritul omenesc în efortul său de a sesiza infinita diversitate a indivizilor” (J. Nuttin, 1971).

Oricare ar fi obiecțiile posibil de formulat, tipologiile umane, generate de necesitățile practicii, au astăzi utilitatea lor nu numai în clinică, ci și în viața de toate zilele, deoarece simplificările metodologice, reprezentările schematice și gruparea în categorii generale (clasificarea) ne permit să surprindem și să aprofundăm particularul, adică ceea ce este mult mai complex și uneori imposibil de redus la tipare. Orientarea oamenilor în practica curentă a relațiilor interpersonale depinde de astfel de încadrări și sistematizări care, chiar dacă nu au caracterul explicit și riguros al investigației științifice, îndeplinesc o funcție absolut necesară, ca să nu mai vorbim de exigențele venite din partea orientării și selecției profesionale, ale politicii de cadre etc., domenii care reclamă demersuri de maximă responsabilitate în acest sens.

La noțiunea de tip de personalitate s-a ajuns în mod treptat, prin analiza laborioasă a cazurilor de patologie mentală în clinicile de psihiatrie. Cel dintîi care a descoperit și a descris o bifurcare fundamentală în domeniul psihozelor, opunînd așa-zisa demență precoce psihozei manico-depresive, a fost psihiatrul E. Kraepelin. El a evidențiat în acest fel existența a cel puțin două structuri de personalitate distincte, ireductibile una la alta. Această clasificare a oferit, atât din punct de vedere teoretic, cît și practic, importantul avantaj de a fi făcut posibilă prognoza într-un mare număr de cazuri similare (E. Bleuler, 1950).

P. Janet stabilește și el o dihotomie în ceea ce privește nevrozele, distingînd o categorie predispusă la isterie și o alta predispusă la psih-astenție. Mai tîrziu, W. McDougall (1926), regîndînd pe alte coordonate tipologia stabilită de C. Jung, va confirma realitatea a două mari cate-

gorii în care se pot clasifica cele mai multe cazuri morbide : prima cuprinde stările isterice sau disociative, iar cea de-a doua stările neurastenice și anxietatea. Apartenența la una sau alta din aceste două clase pare a fi determinată de constituția nativă a individului, persoanele cu temperament extravertit fiind predispuse la dereglările de tip isteric, sau disociativ pe cînd cele cu temperament intravertit sînt predispuse la dereglările de tip neurastenic.

Așa cum s-a subliniat, aceste clasificări dihotomice timpurii ale psihozelor funcționale și ale psihonevrozelor, laolaltă cu acceptarea generală în psihiatrie a distincției între factorii predispozanți și declanșatori ai bolilor mentale, au dus la căutarea acelor caracteristici ale personalității care pot fi socotite ca predispunînd individul la dezvoltarea uneia sau alteia dintre psihozele sau psihonevrozele majore. În felul acesta a început cercetarea trăsăturilor care ar defini două presupuse tipuri de personalitate prepsihotică și prepsihonevrotică. În decursul anilor, ca un rezultat al acestui interes „a fost schițată o lungă serie de tipuri de personalitate, temperamente, tipuri somatice și trăsături de personalitate dihotomice” (J. V. Hunt, 1945).

Dacă prioritatea în analiza cazurilor psihiatrice a apărut pe terenul simptomatologiei din nevoia de a găsi un cadru de referință cît mai sigur pentru precizarea diagnosticului, cu timpul în clinica psihiatrică s-a impus o preocupare aparte pentru studierea tipurilor de personalitate ca atare, prin aceasta afirmîndu-se un interes de ordin preponderent psihologic. În această direcție E. Kretschmer va proceda în explorările sale la organizarea unei așa-numite „scheme de constituție” (în care include fața și craniul, structura corpului, tegumentele, glande și viscere, măsurați, date cronologice, trecerea în revistă a stării corpului, tip de personalitate, ereditate), pe care o utilizează dîndu-se un protocol propriu metodei clinice : „Avem în fața noastră bolnavul în poziție ortostatică, dezbrăcat în plină lumina zilei, și completăm chestionarul imprimat, punct cu punct, subliniind cu creionul roșu fiecare definiție aleasă ca fiind cea mai corespunzătoare cazului dat” (E. Kretschmer, 1955). Ulterior, E. Kretschmer întreprinde cercetări de o factură tot mai psihologică, ceea ce duce la amplificarea datelor inițiale, la regruparea lor, la stabilirea de noi raporturi. În urma studierii sistematice a unui eșantion de 4000 de cazuri E. Kretschmer descrie următoarele tipuri de personalitate, denumite și biotipuri :

a) *Tipul leptosom (astenic) sau schizotim*, caracterizat prin predominarea dimensiunilor verticale, trunchi cilindric, alungit, torace îngust, umeri apropiați, capul mic, oval, nasul lung și ascuțit, profil unghiular, piele de obicei palidă, trăsături eunucoide, oferind pe plan psihologic trei subtipuri : *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat), *intermediar* (rece, energic, sistematic, alură aristocratică) și *anestezic* (rece, nervos, solitar, indolent, obtuz, inaccesibil pasiunilor).

b) *Tipul athletic (vîscos)*, caracterizat printr-o formă piramidală a trunchiului, cu baza mare în sus, o bună dezvoltare a scheletului osos, a musculaturii și epidermei, alură impozantă ; caracteristicile psihologice sînt neglijate.

c) *Tipul pienic (ciclotim)*, scund, îndesat, predomină dimensiuni orizontale, cu expansiunea anumitor cavități viscerale (craniu, torace, abdomen), sistem osteomuscular firav, aparat locomotor gracil, fața rotundă, tenul fin, tendință de acumulări adipoase ; pe plan psihologic

se descriu subtipurile : *hipomaniac* (vesel, mobil), *sintonic* (realist, practic, umorist lipsit de malițiozitate) și *greoi* (pasivitate, submisie, extraversione).

d) *Tipul displastic*, caracterizat prin malformații corporale; ca și cel athletic, a fost prea puțin definit sub raport psihologic.

Bazat pe materialul clinic adunat, pe anumite corelații de ordin statistic, E. Kretschmer trage concluzia că există o afinitate biologică foarte marcată între structura tipului *picnic* și dispoziția psihică a bolnavilor de *psihoză maniaco-depresivă*, între structura *astenică*, *athletică* și *displastică* și dispoziția psihică a *schizofrenicilor*; dimpotrivă, conform opiniei lui E. Kretschmer, nu există nici o corelație între tipul *picnic* și bolnavii de *schizofrenie*, pe de o parte, între tipurile *astenic*, *athletic* și *displastice* și bolnavii de *psihoză maniaco-depresivă*, pe de altă parte.

Deși handicapat de lipsa unei statistici sofisticate, pe care ar fi putut-o utiliza pentru o prelucrare mai precisă a datelor faptice de care dispunea, „testele propuse de E. Kretschmer în scopul măsurării diferitelor trăsături care caracterizează, în concepția sa, *schizotimul* și *respectiv ciclotimul*, prezintă maximum de interes și importanță și sint capabile să servească investigației complete cu ajutorul unor metode pur statistice și experimentale” (H. J. Eysenck, 1971).

Beneficiind de condițiile unui reputat centru neuro-psihiatric, H. J. Eysenck a cercetat, cu ajutorul analizei factoriale, circa 10 000 de subiecți nevrotici și normali și a defrișat noi domenii în organizarea ierarhică a personalității, prezentind sub formă de tabel sinoptic principalele tipologii dihotomice :

Tipuri psihice		Autorul
Maniaco-depresiv/Demență precoce		(Kraepelin, 1899)
Sinton/Schizofrenic		(Bleuler, 1926)
Tipuri nevrotice		
IstERIC/Psihastenic		(Janet, 1894)
IstERIC/Neurastenic		(McDougall, 1926)
Tipuri de personalitate		
Extravertit/Intravertit		(Jung, 1925)
Obiectiv/Subiectiv		(Binet, 1900)
Stenic/Astenic		(Burt, 1937)
Ciclotim/Schizotim		(Kretschmer, 1926)
Extratensiv/Intratensiv		(Rorschach, 1940)
Entuziast/Melancolic		(Cattell, 1933)
Inhibat/Excitat		(Pavlov, 1941)
Exploziv/Obstrucțiv		(James, 1890)
Superficial-larg/Profund-îngust		(Gross, 1900)
Sintopic/Idiotopic		(Wertheimer et al., 1926)
B — tip/G — tip		(Jaensch, 1923)
Pozitiv (sociabil)/Negativ (retras)		(Holt, 1931)
Viscerotonic/Cerebrotonic		(Sheldon, 1942)
Maniac/Melancolic		(Heymans etc., 1903)
Trăsături de personalitate		
Sugestibilitate/Nesugestibilitate		(Babinski, 1918)
Funcțiuni secundare de scurtă durată		(Gross, 1902)
Volubilitate/Nevolubilitate		(Cattell, 1933)
Disociere/Anxietate		(McDougall, 1926)

Imagine eidetică plastică/Imagine eidetică rigidă	(Jaensch, 1928)
Atitudine-culoare/Atitudine-formă	(Schall, 1927)
Neperseverență/Perseverență	(Spearman, 1927)
Oscilații lente/Oscilații rapide	(McDougall, 1926)
Aptitudini de sinteză/Aptitudini de abstractizare	(Kretschmer, 1926)
Neglijent/Îngrijit	(Downey, 1923)
Ritm personal lent/Ritm personal rapid	(Kretschmer, 1926)
Lipsă de insistență/Insistență	(Downey, 1923)
Ascendență/Supunere	(Allport, 1928)
Sociabilitate/Nesociabilitate	(Guilford, 1936)
Expansivitate/Rezervă	(Guilford, 1936)

Tipuri constituționale

Digestiv/Respiro-cerebral	(Rostan, 1928)
Simpaticotonic/Vagotonic	(Eppinger, 1917)
Megalosplanchnic/Microsplanchnic	(Viola, 1933)
Picnic/Leptosom	(Kretschmer, 1926)
Endomorf/Ectomorf	(Sheldon, 1940)

Întocmind tabelul de mai sus, autorul a ținut să sublinieze că, în ciuda similitudinilor manifeste, între aceste tipologii există diferențe profunde, a căror interpretare divergentă a dus la mari confuzii, pe care el se angajează să le risipească printr-o „anchetă obiectivă”, care să repună în drepturile sale specificitatea în adaptarea afectivă și conativă a ființelor umane, contra generalității (H. J. Eysenck, 1950).

Ulterior, trecînd în revistă rezultatele obținute de diferiți psihologi care au utilizat analiza factorială în investigarea personalității, Eysenck distinge o anumită convergență a acestora și le găsește compatibile, în ansamblu, cu factorii propuși de el. Conform opiniei sale, factorii cei mai generali, în raport cu care trebuie situat fiecare individ și îndeosebi fiecare bolnav, sînt introversiunea-extraversiunea și neuroticismul. Factorul bipolar *introversiune-extraversiune* corespunde în domeniul psihopatologic unei dimensiuni care merge de la simpla „distimie” pînă la isterie. Persoanele care se situează la polul „introversiune”, de exemplu, se opun celor situate la polul „extraversiune” prin trăsături ca anxietate, depresie, iritabilitate, tendințe obsesionale, nesociabilitate, timiditate, inteligență superioară, atitudine negativă față de glumă. În ce privește factorul *neuroticism* (sau *nevrozism*), acesta ia valori medii diferite dacă se compară grupuri de persoane bolnave și grupuri de persoane normale.

Pentru depistarea cazurilor psihiatrice, H. J. Eysenck propune patru teste: o probă de acuitate vizuală în condițiile luminii slabe, o probă de sugestibilitate, un test Rorschach cu alegere multiplă și un chestionar. Distingînd în organizarea ierarhică a personalității patru niveluri, H. J. Eysenck va prefera totuși să opereze mai degrabă cu trăsături decît cu tipuri.

Eolosirea noțiunii de tip de către H. J. Eysenck ar fi însă „deosebit de regretabilă”, putînd să ducă la o confuzie între acele „dimensiuni ale personalității care sînt factorii și eventualele particularități observate într-o distribuție pluridimensională care corespunde în mod obișnuit noțiunii de tip” (M. Reuchlin, 1974). Menționăm însă că M. Reuchlin se numără printre puținii cercetători care preconizează excluderea din terminologia psihologică a termenului de tip cît și a aceluia de personalitate, poziție exprimată mai clar în manualul său de psihologie din 1977, mai ales printr-o voită ignorare a problematicii acestor domenii de cercetare care însă nu ni se pare convingătoare, dacă este să luăm în

considerare numai argumentele invocate de el. Chiar dacă nu am dispune decât de așa-zisele *tipuri ideale*, opuse *tipurilor empirice*, utilitatea acestora nu ar fi de neglijat, deoarece, cum el însuși a recunoscut anterior, „acestea sînt modele, scheme edificate pe baze raționale și care au... un rol de instrumente conceptuale, ajutîndu-l pe psiholog să înțeleagă fiecare individ concret” (M. Reuchlin, 1974).

3. Elemente și criterii în edificarea teoriilor personalității și a tipologiilor

Trecînd în revistă teoriile personalității, C. S. Hall și G. Lindzey (1957) afirmă că personalitatea constă în mod concret dintr-o serie de valori sau de termeni descriptivi utilizați în vederea caracterizării individului studiat, potrivit cu variabilele sau dimensiunile care ocupă un loc central în teoria dată. În fapt, edificarea teoriilor personalității și a tipologiilor se bazează în general pe definirea, corelarea și interpretarea de aspecte morfologice, fiziologice și psihologice. Unii autori pun însă accentul, în mod unilateral, doar pe unele dintre acestea, considerînd probabil că simplificările sînt mai logice decât intricațiile complexității reale.

O tipologie în care pe primul plan se află aspectele morfologice este aceea a lui W. H. Sheldon, care pornește de la teza că psihologia are drept sarcină identificarea și măsurarea componentelor elementare sau primare ale diversității umane, stabilirea unei *taxonomii*, a unor cadre de referință suficient de largi ca să cuprindă cea mai mare parte a elementelor care îi diferențiază pe oameni. Considerînd că fizicul și temperamentul (nivelul static și nivelul dinamic al personalității) reprezintă două laturi ale aceleiași realități, W. H. Sheldon este surprins că în trecut nu s-a făcut îndeajuns legătura între structura somatică a omului și stilul comportamentului său (W. H. Sheldon, S. S. Stevens, 1942). Adoptînd în completare și un criteriu embriologic, în funcție de predominarea unora sau altora din țesuturile care derivă din fozitele embrionare, W. H. Sheldon descrie următoarele tipuri somatice (somatotipuri):

a) *Tipul endomorf*, la care predomină țesuturile dezvoltate din endoderm, se caracterizează prin expansivitatea trunchiului față de extremități și a diametrului bazinului față de diametrele centurii scapulo-humerale. Dezvoltării corporale predominant interne îi corespunde pe plan psihologic un profil *viscerotonic*: savurarea atitudinilor de relaxare, de confort fiziologic, reacții încete, hedonism, sociofilie, toleranță, auto-mulțumire, gamă restrînsă de manifestări emoționale, comunicare facială, extraversie în eventualitatea patologică, înclinație spre *psihoza maniaco-depresivă*.

b) *Tipul mezomorf*, la care predomină țesuturile osos și muscular, se caracterizează prin expansivitatea extremităților față de trunchi, a diametrelor centurii scapulo-humerale față de acelea ale bazinului. Dezvoltării corporale echilibrate îi corespunde pe plan psihologic un profil *somatotonic*: atitudine energică, siguranță de sine, combativitate, agresivitate competitivă, maniere grobiene, gustul riscului, înfățișare generală de maturitate, în eventualitate patologică, înclinație spre *paranoia*, spre *delinvență*.

c) *Tipul ectomorf*, la care predomină țesutul nervos, se caracterizează prin expansivitatea membrelor în raport cu trunchiul și a craniului

în raport cu masivul facial. Dezvoltării corporale predominant externe îi corespunde pe plan psihologic un profil *cerebrotonic* : atitudine reținută și expresivitate, reacții prompte, sociofobie, preferință pentru intimitate și liniște, înfățișare infantilă, în eventualitate patologică, înclinație spre *schizofrenie*.

Tipologii întemeiate în mod preponderent pe aspecte morfologice au elaborat : C. Viola (brachitip, mediotip, longitip), N. Penke (brevilin, mediu, longilin), Cl. Sigaud (respirator, cerebral, muscular, digestiv) și mulți alții.

Luând drept criteriu de bază proprietățile fiziologice ale proceselor nervoase fundamentale, ca urmare a studierii experimentale a nevrozelor în condiții de laborator a animalelor și oamenilor I. P. Pavlov stabilește patru constelații tipice, pe bază celor trei însușiri (intensitatea, echilibrul, mobilitatea) ale excitației și inhibiției :

a) *Tipul puternic neechilibrat-excitabil (coleric)*, caracterizat printr-o rezistență deosebită la efort, capacitate de afirmare energetică, momente de elan debordant, neastîmpăr, impulsivitate, nerăbdare, tendință spre superficialitate, incapacitatea stăpînirii de sine, independență în acțiuni, înclinație spre neconformism, trecere rapidă de la o dispoziție psihică la alta (evoluție ciclică a vieții afective), risipă de forțe, continuă alarmă interioară.

b) *Tipul puternic echilibrat-mobil (sanguin)*, capabil de concentrare maximă și de activitate intensă, chiar în condiții nefavorabile, se adaptează ușor la împrejurări inedite, abordează cu curaj dificultățile, suportă fără „crize” eșecurile, spirit de inițiativă, știe să aștepte, să se autodisciplineze, impresionabil, stabilitate a dispozițiilor afective, optimism.

c) *Tipul puternic echilibrat-inert (flegmatic)*, caracterizat prin calm, stăpînire de sine, activitate sistematică, disciplină, răbdare, rezistență la efort, perseverență, tendință de tergiversare, de conservatism, greu impresionabil, stabilitate afectivă, capabil de atașament durabil.

d) *Tipul slab (melancolic)*, caracterizat prin tonus scăzut al activității, fatigabilitate pronunțată, panică în fața dificultăților, răbdare în realizarea de lucruri care nu cer consum mare de energie, concentrare asupra detaliilor, renunțare la luptă, înclinație spre izolare și dezolare.

I. P. Pavlov atrage în mod deosebit atenția că în viața de toate zilele nu se pot pune în evidență „tipuri pure”, ci tipuri intermediare, mixte, în care trăsăturile se amestecă, se interferează, ca o dovadă, că „genotipul” este copleșit, în decursul existenței individuale, de „fenotip”.

Ulterior, în funcție de corelația funcțională a celor două sisteme de semnalizare sînt descrise *tipuri specifice pentru om*. În descrierea acestor tipuri I. P. Pavlov subliniază că „viața indică în mod evident existența a două categorii de oameni : *artiști și gînditori*. Între aceste tipuri există o diferență pronunțată : cei dintîi sînt artiștii de toate genurile : scriitori, muzicieni, pictori etc. ; ei îmbrățișează în mod complet realitatea vie, fără nici o fragmentare, fără nici o disjunctie ; ceilalți, gînditorii, o fragmentează și, în felul acesta, oucid întrucîtva, făcînd din ea temporar un schelet și abia după aceea adună din nou, treptat, componentele ei și caută să le redea astfel viața, fără a reuși însă în mod deplin” (I. P. Pavlov, 1953). La acestea se adaugă *tipul mediu*, la care activitatea primului și a celui de-al doilea sistem de semnalizare realizează un echilibru armonios.

Dintre tipologiile psihofiziologice, o atenție aparte suscită aceea elaborată de olandezii G. Heymans și E. D. Wiersma, pe baza datelor recoltate cu ajutorul a 3 000 de medici care, îndrumați de un chestionar amănunțit, au supus cercetării metodice membrii a tot atâtea familii. Punind în corelație trei factori degajați pe baza cercetărilor și prelucrării statistice (nivelul de activitate, nivelul de emotivitate și raportul dintre orientarea spre trecut sau prezent) se scot în evidență opt tipuri: *amorf* (nonemotiv — nonactiv — primar, NNP), *apatic* (nonemotiv — nonactiv — secundar, NNS), *nervos* (emotiv — nonactiv — primar, ENP), *sentimental* (emotiv — nonactiv — secundar, ENS), *coleric* (emotiv — activ — primar, EAP), *pasionat* (emotiv — activ — secundar, EAS), *sanguin* (nonemotiv — activ — primar, NAP) și *flegmatic* (nonemotiv — activ — secundar, NAS), care au fost mai tirziu reevaluate, verificate, revizuite și completate în special de școala caracterologică franceză (R. Le Senne, G. Berger, R. Mucchielli).

O personologie structurală și sistemică, fundamentată pe o amplă și diversă observație clinică, este aceea propusă de *psihanaliză*. Concepută ca un sistem de instanțe aflate atât în interdependență cât și în conflict (*sinele, eul, supraeul*), în viziunea lui S. Freud personalitatea acoperă întreaga realitate biosocială a individului, inclusiv dimensiunile sale filogenetice, reliefind pe de o parte un teren de evoluție pozitivă, pe de altă parte posibilități de distorsiune și disoluție. Clasificarea tipurilor psihologice normale este întemeiată pe modul de manifestare a libidoului, înțeles ca „forța cu care se manifestă instinctul sexual”. Se descriu trei tipuri de bază care, „marcate de predominarea de necontestat a unei singure instanțe psihice, par să aibă șanse sporite de a se manifesta ca structuri caracteriale pure” (S. Freud, 1931):

a) *Tipul erotic*, instinctual și genital, al cărui interes principal este *erosul*, fiind caracterizat în special de dorința de a fi iubit, de unde dependența de alții; *eul* exercită un control relativ asupra vieții instinctive, unde predomină trebuințele libidinale și agresive, lipsite de stabilitate; *supraeul* este prea puțin coercitiv.

b) *Tipul obsesional*, la care predomină *supraeul*, relativ izolat de *eu*, instaurând o dependență internă, tiranică; aservire față de exigențele conștiinței morale, condiție în care *eul* câștigă în stabilitate și încredere în propriile forțe.

c) *Tipul narcisic*, la care *eul*, aflat în fața unui *supraeu* și a unui *sine* (inconștientul) de o accentuată clemență, este centrat pe autoconservare; se impune în realitatea exterioară prin independență, atât față de *eros* și agresivitate, cât și față de obiectele acestora.

Pe baza tipologiei freudiene au fost elaborate variante mai complexe întrucât „aceste tipuri se combină între ele și realizează tipuri mixte, mai apropiate atât de experiența obișnuită cât și de cea clinică” (S. Nacht, 1969):

a) *Tipul erotico-obsesiv*, la care *supraeul* reduce influența *sinelui*, accentuând dependența față de obiectele actuale și infantile de aplicare a libidoului.

b) *Tipul erotico-narcisic*, la care forța *eului* o modelează pe aceea a *sinelui*, agresivitatea și activitatea acomodându-se cu narcisismul.

c) *Tipul obsesiv-narcisic*, la care *eul* și *supraeul* se temperează reciproc, narcisismul și conștiința întărind eficiența acțiunii.

d) *Tipul erotico-obsesiv-narcisic*, care reprezintă „norma absolută, armonia ideală”.

Tot psihologică este și tipologia, azi unanim acceptată, a lui C. G. Jung care, pornind de la observația că între schizofrenie și isterie există deosebiri evidente (istericul manifestă o sensibilitate exagerată față de lumea exterioară, pe când schizofrenicul arată o indiferență totală față de aceasta), a ajuns la concluzia că oamenii pot fi repartizați în două clase fundamentale :

a) *Tipul extravertit*, orientat spre lumea externă, sociabil, preocupări practice, realist, activ, expansiv, accesibil, dorință de succes, tendință de desconsiderare a eșecurilor, nu se autoanalizează, spirit autocritic deficitar, nu se cunoaște suficient pe sine, este la largul său când are de-a face cu materia.

b) *Tipul intravertit*, orientat spre lumea sa interioară, greu abordabil, inapt pentru viața socială, preferă singurătatea, absorbit de sine, egoist, suspicios, pedant, perfecționist, sensibil la critică și înclinat spre autocunoaștere și autocritică, iubește meditația, cât și reveria.

Divergența dihotomiei este moderată de faptul că „orice ființă umană posedă ambele mecanisme, atât pe acela al extraversiunii, cât și pe acela al introversiunii ; numai predominanța relativă a unuia sau altuia determină tipul” (C. G. Jung, 1958).

Ne-am oprit, în mod ilustrativ, numai asupra principalelor teorii ale personalității și tipologii, al căror inventar complet nu poate însă prezenta vreun interes major nici măcar pentru o cercetare istorică, oricât de erudită s-ar voi aceasta.

4. Persoana umană sub unghiul destrukturării și dezorganizării psihice

S-a făcut de mult observația că psihicul uman este organizat ca atomii sau ca sistemele cosmice, reprezentând constelații de forțe care vibrează continuu sub dependența mutuală a puterilor lor de atracție și că orice fază și modalitate de dezintegrare presupune o fază și o modalitate de integrare (F. W. Myers, 1906). Invers, structurarea și organizarea variabilelor incluse în edificiul persoanei umane, pe lângă oscilația normală determinată de funcționarea sistemului — personalitatea constituind expresia vectorială a unor particularități psihice care „variază dinamic și totodată unitar pe un palier nelimitat, datorită particularităților pe care i le conferă trăsăturile temperamentale (innăscute), trăsăturile caracteriale (modulate prin educație) și capacitatea volitională a fiecărei individ în parte de a-și comuta procesele de gândire în acțiuni sau inacțiuni deliberate, ansamblu de trăsături prin care se realizează atitudinea corespunzătoare integrată față de lume și viață” (P. Brânzei, 1975) — presupun posibilitatea destrukturării și dezorganizării, a unor anomalii funcționale și implicit somatice, la nivel tisular și infratisular, din moment ce existența tulburărilor psihice *sine materia* este nu numai inacceptabilă ci, subliniem noi, absolut inconceptibilă.

Desigur, poate fi postulată existența unei stări de echilibru maxim, ceea ce s-a descris recent sub termenul *optimal personality* (W. R. Coan, 1974), dar o asemenea stare este mai mult de ordin teoretic, realitatea punând în evidență abateri multiple și de diferite grade de la schema funcționării ideale, fictive.

Tulburările privesc fie anumite procese psihice, zone și aspecte limitate ale persoanei (aninezii, afazii, agnozii, alexii, disprosexii, distimii etc.) nu lipsite de rezonanță asupra comportamentului integral, fie ansambluri mai largi, cazuri în care se conturează sindroame psihopatologice, adică „complexe de simptome psihice frecvent observate împreună, care apar unite între ele prin legături interioare și au un substrat fiziopatologic comun” (V. Predescu și colab., 1976).

În ceea ce privește diferitele grade de tulburare sau de destructurare a conștiinței înțeleasă ca modalitate procesuală superioară a sistemului psihic uman, elaborată prin activitate socială și enculturație, mijlocită prin limbă și bazată pe un model comunicațional intern și intern-extern (P. Popescu-Neveanu, 1978), acestea pot surveni atât în maladiile organice, cât și în cele psihice, având caracter temporar, reversibil ori un caracter nu numai persistent, ci și progresiv, diferențiat de la caz la caz. Menționăm în același timp faptul că „în studiul destructurărilor personalității se poate constata că nu se mai păstrează o corelație între elementele esențiale ale psihismului ilustrate prin gradul de integrare și nivelul de conștientizare; în diverse situații clinice aceste aspecte pot înregistra distorsiuni particulare care nu pot fi sintetizate în scheme generale” (G. Ionescu, 1971).

Ajunși la finele acestui capitol, subliniem că psihologia clinică nu-și restrânge sfera de interes și de acțiune la cazurile patologice. Cristalizând sub toate raporturile o modalitate de abordare, dacă nu chiar o întregă concepție de cercetare a omului, psihologia clinică, sub influența fecundă a medicinei, a orientat psihologia în genere „tot mai mult spre o *personologie*, spre determinarea cit mai concretă și mai precisă a personalității ca întreg” (V. Pavelcu, 1976); este un fapt pe care îl socotim fundamental în evoluția acestei științe.

Bibliografie

- Allport, G. W., *Structure et développement de la personnalité*, Neuchâtel, Delachaux-Niestlé, 1970.
- Barük, H., *Traité de psychiatrie*, Paris, Masson, 1959.
- Baudouin, Ch., *L'âme enfantine et la psychanalyse*, Neuchâtel, Delachaux-Niestlé, 1964.
- Bleuler, E., *Dementia praecox or the groups of schizophrenias*, New York, Intern. Univ. Press, 1950.
- Brinzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.
- Cattell, R. B., *La personnalité*, Paris, Press. Univ. France, 1956.
- Coan, R. W., *The Optimal Personality*, New York, Columbia Univ. Press., 1974.
- Delay, J., *Études de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1953.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1974.
- Eysenck, H. J., *Les dimensions de la personnalité*, Paris, Press. Univ., France, 1950.
- Eysenck, H. J., *The structure of Human Personality*, London, Methuen Co Ltd., 1971.
- Freud, S., Prefață la cartea lui August Aichorn, *Verwahrloste Jugend*, Wien, Leipzig, Zürich, International Psychanalytischer Verlag, 1925.
- Freud, S., *Über Libidinöse Typen*, „Gesammte Werke”, 14, 1931.
- Hall, C., Lindzey, G., *Theories of Personality*, New York, John Wiley, 1957.
- Heuyer, G., *Vingt leçons de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1960.
- Hunt, J. V., *Personality and Behavior Disorders. A handbook based on Experimental and Clinical Research*, New York, Ronald Press Company, 1945.
- Hunt, W. A., *The Clinical Psychologist*, Illinois, Ch. Thomas Springfield, 1958.
- Ionescu, G., *Probleme ale structurării și dezorganizării personalității*, „Analele Universității București”, Psihologie, 1971.
- Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973.
- Jung, C. G., *Types psychologiques*, Genève, Librairie de l'Université, 1958.

- Kisker, G.W., *The Disorganized Personality*, New York, San Francisco, Toronto, London, McGraw Hill Book Company, 1972.
- Kretschmer, E., *Körperbau und Charakter*, Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer Verlag, 1955.
- Lagache, D., *L'unité de la psychologie. Psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Paris, Press. Univ. France, 1969.
- Lagache, D. et al., *Les modèles de la personnalité en psychologie*, Paris, Press. Univ. France, 1965.
- McDougall, W., *Social Psychology*, London, Methuen, 1926.
- Meyerhoff, H., *Leitfaden der klinischen Psychologie*, München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag, 1959.
- Morgan, C. T., *Introduction to Psychology*, New York, Toronto, London, McGraw Hill, 1961.
- Nacht, S. (sous la direction de), *La théorie psychanalytique*, Paris, Press. Univ. France, 1969.
- Nuttin, J., *La structure de la personnalité*, Paris, Press. Univ. France, 1971.
- Pamfil, E., Ogodescu, D., *Nevrozele*, Timișoara, Edit. Facla, 1974.
- Pavelcu, V., *Culmi și abisuri ale personalității*, București, Edit. științifică și enciclopedică, 1974.
- Pavelcu, V., *Metamorfozele lumii interioare*, Iași, Edit. Junimea, 1976.
- Pavlov, I. P., *Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor*, București, Edit. Academiei, 1953.
- Popescu-Neveanu, Paul, *Dicționar de psihologie*, București, Edit. Albatros, 1978.
- Predescu, V. (sub redacția), *Psihiatrie*, București, Edit. medicală, 1976.
- Reuchlin, M., *La psychologie différentielle*, Paris, Press. Univ. France, 1974.
- Reuchlin, M., *Psychologie*, Paris, Press. Univ. France, 1977.
- Rey, A., *L'examen clinique en psychologie*, Paris, Press. Univ. France, 1964.
- Ribot, Th., *Les maladies de la personnalité*, Paris, F. Alcan, 1921.
- Sarason, I. G., *Personality : An Objective Approach*, New York, London, John Wiley, 1966.
- Sheldon, W. H., Stevens, S. S., *The Varieties of Temperament. A Psychology of Constitutional Differences*, New York and London, Harper-Brothers, 1942.
- Sivadon, P. (sous la direction de), *Traité de psychologie médicale*, Paris, Press. Univ. France, 1973.
- Sullivan, H. S., *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York, Norton, 1953.
- Sundberg, N. et al., *Clinical Psychology : Expanding Horizons*, New Jersey, Prentice-Hall, 1973.
- Wells, K. H., *Pavlov and Freud. Toward a Scientific Psychology and Psychiatry*, London, Lawrence and Wishart, 1956.

PSIHOLOGIA FAMILIEI. NORMALITATE ȘI PSIHPATOLOGIE FAMILIALĂ

1. Familia ca domeniu de investigație clinică

Pe tărîmul practicii și cercetării clinico-psihologice a ultimelor decenii, se conturează un nou mod de gîndire și acțiune psihoterapeutică, reprezentat prin sistemul teoretico-metodologic al psihologiei familiei.

Fundamentată pe axioma indisolubilității relației individ-familie, teoria psihologică a familiei este rezultatul cristalizării în clinica psihiatrică a unei problematice psihologice specifice a familiei ca pacient, ceea ce a împus delimitarea ei ca obiect de studiu sistematic și domeniu de cercetare.

În același timp, psihologia contemporană a familiei este rodul integrării în gîndirea clinică a unor concepte și principii metodologice provenite din teoria generală a sistemelor și psihosociologia grupurilor mici.

1.1. *Familia — factor universal în existența umană.* Deși apartenența la o familie de origine și aspirația spre integrarea într-o familie proprie constituie atribute umane esențiale și universale, familia reprezintă o „Terra Nova” a psihologiei ultimelor două decenii. Explorarea ei sistematică a fost inițiată ca urmare a recunoașterii faptului că „studiile asupra dezvoltării normale și patologice a personalității au fost grav afectate de lipsa înțelegerii rolului central al familiei în orientarea procesului de dezvoltare psihică” (T. Lidz, 1974, p. 252).

Personalitatea copilului se construiește sub influențele primordiale și adine penetrante ale familiei. În raport cu individul-copil, imatur, dependent și încă neformat, influențele mediului familial constituie cei dinții factori de umanizare și socializare. Modalitățile specifice și gradul în care familia asigură copilului trecerea prin stadiile critice ale ciclului vieții determină în mod aproape ireversibil caracterul normal sau anormal al structurii personalității individului. Deși influențele ulterioare modelează într-o oarecare măsură pe acelea ale familiei, „ele nu vor putea să anuleze sau să refacă experiențele precoce fundamentale ce pot fi trăite exclusiv în cadrul familiei” (*ibidem*, p. 253).

În primii ani de viață toate experiențele interpersonale ale copilului au loc *în* și *prin* familie. Datorită acestui fapt, primele modele de relaționare și comunicare pe care copilul le percepe și le imită sînt cele familiale. Acestea se inscriu adine în personalitatea copilului, condiționînd modul de a expecta și de a aborda orice altă relație interpersonală. În mod conștient sau inconștient, copilul devenit adult va trăi orice experiență interpersonală ulterioară, prin prisma patternurilor dobîndite în familia sa de origine.

Personalitatea adultului, gradul de maturizare și stabilitate a structurii sale au ca indicator-princeps integrarea în familia nucleară și reușita sa în exercitarea rolurilor de partener conjugal și părinte.

În virtutea apartenenței sale la grupul familial, nici un individ nu se poate sustrage influențelor acestuia, nu poate evita exercitarea asupra sa a efectelor unor transformări survenite la ceilalți membri ai familiei. În același timp, ca element constitutiv al sistemului familial, el se situează pe poziția de „inițiator” al unor procese de transformare la nivelul personalității celorlalți membri ai familiei.

1.2. *Familia pacientului psihiatric*. Cu toate că adevărul afirmațiilor de mai sus pare incontestabil, concepția despre individ ca parte integrantă a mediului familial, ca element al unui sistem interpersonal ierarhizat, ca entitate evolutivă în relație cu alte entități, reprezintă o achiziție relativ recentă a științelor despre om.

În domeniul psihiatriei, spre înțelegerea acestor adevăruri axiomatiche, au acționat în mod convergent *două categorii de observații clinice*.

În prima categorie se înscriu *observații spontane*, nesistematizate din practica pedopsihiatrică, din clinica nevrozelor și din domeniul de cercetare al etiologiei psihozelor. Acestea s-au concretizat în unele idei cu caracter general (și adesea implicit) cu privire la : — indisolubilitatea relației dintre psihopatologia individuală a copilului și constelația sa familială, — rolul stressant al bolii psihice a unui membru al familiei asupra grupului familial, — etiologia familial-interpersonală a nevrozelor, — frecvența crescută a tulburărilor din spectrul psihozei, în familiile cu un pacient schizofren.

În a doua categorie sînt incluse *observații clinice sistematice* din domeniul terapiei depresiilor și al unor fenomene psihopatologice din familiile pacienților psihotici. Acestea au contribuit în mod semnificativ la descoperiri noi, specifice, cum sînt : fenomenul „contagiunii emoționale” și acela al „rezistenței” familiei pacientului la vindecarea acestuia.

Dezvăluit de R. V. Speck (1968), *fenomenul contagiunii emoționale psihopatogene* în familiile bolnavilor depresivi reprezintă o realitate complexă și surprinzătoare. În cursul tratamentului depresiei, autorul a remarcat că ameliorarea simptomatică a pacientului primar (ortotimizarea, abandonarea ideății suicidare etc.) a fost urmată de apariția unor fenomene depresive manifeste, la alt membru al familiei.

Un fapt asemănător a fost remarcat și de Ileana Mișu (1975), care, în cursul unor cure de psihoterapie individuală la copii cu tulburări nevrotice, a constatat că normalizarea comportamentală a acestora era urmată de emergența unor fenomene nevrotice intense la mamele pacienților. În mod paradoxal, acestea solicitau sprijin psihiatric pentru crize de anxietate, insomnii, stări depresive, la scurt interval după remisiunea simptomatologiei obsesiv-compulsive sau depresive la copii.

În ambele situații consemnate, tulburările nevrotice „migrau” de la un membru la altul „ca și cum echilibrul în familie nu putea fi menținut decît prin prezența unei anumite expresii a afectelor negative depresive” (A. D. Bloch, 1974, p. 185).

Din aceeași categorie de fapte fac parte observațiile cu privire la *rezistența familială față de ameliorarea simptomatică a pacientului schizofren*. Numeroși clinicieni au remarcat faptul că eforturile lor psihoterapeutice și psihofarmacologice conjugate, orientate spre remisiunea simptomelor psihotice discordante la adolescenți, sînt uneori zădărnicate de situația familială concretă a bolnavului tratat. Deși motivația conștientă a membrilor familiei este dorința de vindecare, aceștia resping, prin atitudini și conduite necontrolate conștient, succesele terapeutice concrete.

tate în modificări ale conduitei bolnavului. Acesta este „forțat” să regreseze la vechile patternuri de relaționare familială în care ideea interpretativ-senzitivă, dependența afectivă, autismul, sînt din nou actualizate, realizîndu-se astfel un cerc relațional psihopatogen.

Fenomenele de contagiune emoțională și balans simptomatic, în familia bolnavilor nevrotici sau depresivi, ca și fenomenul de rezistență la terapie a familiilor cu pacienți schizofreni, nu pot fi explicate în mod concludent din perspectiva psihopatologiei clasice orientate nosografic. Aceste fenomene nu pot fi interpretate decît prin prisma unei viziuni mai largi, de dinamică sistemică, ceea ce permite integrarea lor în cîmpul unor procese de „homeostazie-homeodinamică” familială.

Acest „experiment natural” pe care-l reprezintă boala psihică a reliefat numeroase fenomene de psihologie și psihopatologie familială și, indiferent de orientare (psihodinamică, psihosociologică, clinică etc.), studiile asupra psihozelor au relevat în mod constant faptul că „interacțiunile patologice dintre membrii familiei pacienților schizofreni reprezintă un factor crucial în funcționarea și semnificația comportamentului, gîndirii și afectelor pacientului” (O. Kernberg, 1975, p. 207).

Conturate în cadrul practicii și gîndirii clinice, ipotezele de psihopatogenie familială au fost sistematic confirmate de studiile asupra constelației familiale a pacientului schizofren.

Investigată clinic, din perspectivă psihodinamică și psihosocială, familia pacientului schizofren se relevă a fi perturbată sub aspect structural și funcțional, la toți parametrii atributelor sale esențiale. Caracterul anormal global al organizării familiale „schizofrenogene” rezultă din tulburări complexe și diverse la nivelul personalității individuale a părinților și al nivelul proceselor de comunicare interpersonală. Sub aspectul dinamicii relațiilor intrafamiliale, s-au evidențiat trei aspecte disfuncționale esențiale: *procesul de identificare, funcționarea coaliției parentale și încălcarea limitelor între generații.*

Modul specific în care interferența acestor disfuncții realizează o constelație familială anormală și condiționează „schizofrenogeneza” este sintetizat astfel: — părintele de același sex ca și pacientul oferă un model de identificare neadecvat; — interacțiunea parentală perturbată determină grave distorsiuni în rezolvarea atașamentului „oedipian” al pacientului; — părinții nu reușesc să mențină limitele adecvate între generații, fie datorită faptului că sînt prea toleranți față de copil, fie că se comportă ca rivali față de acesta, ambele patternuri apărînd uneori în aceeași familie.

În investigațiile asupra adolescentului schizofren, perspectiva familială s-a dovedit a fi o orientare cu nevăzute resurse euristice. Ea a dus la acumularea de noi date despre etiologia psihozelor discordante și la conturarea unei *tipologii familiale schizofrenogene*. Astfel, familia schismatică și cea *distorsionată (skewed)* s-au dovedit a fi nu numai „modele” teoretice, ipotetice, ci realități clinice complexe, a căror investigare se cere continuată.

Observații asemănătoare au fost efectuate și în domeniul stărilor nevrotice, unde cercetările clinice contemporane subliniază, prin argumente mereu innoite, adevărul vechi unanim recunoscut că „este de neconceput ca o nevroză să existe în absența unor rădăcini în relațiile familiale perturbate” (J. Kovel, 1976, p. 185). Etiologia interpersonală, intrafamilială a nevrozelor și rolul familiei în potențarea sau anularea eforturilor lor terapeutice cu bolnavii nevrotici reprezintă adevărate postulate ale activității clinice.

1.3. *Interacțiunea ins-familie în condiții de stress.* Înțelegerea interacțiunilor familie-boală psihică a căpătat o nouă dimensiune prin rezultatele cercetărilor din domeniul *psihofiziologiei experimentale*. În acest sens sînt edificatoare studiile întreprinse asupra familiilor unor copii diabetici; cunoscută fiind vulnerabilitatea la stress a acestora, în prima fază a experimentului părinții au fost supuși unui interviu stressant, în timp ce copiii observau situația printr-un geam unitransparent. S-au recoltat probe de sînge la toți membrii familiei, la intervale de 50 de minute și s-a analizat modificarea nivelului acizilor grași liberi în diferite momente ale interviului. Copiii îi puteau vedea și auzi pe părinți, dar nu aveau posibilitatea participării directe la situația conflictuală. S-a constatat astfel că în timpul observării părinților sub stress, nivelul acizilor grași liberi din sîngele copiilor a crescut în mod semnificativ. Rezultatele acestei prime faze experimentale au dus la concluzia că „influența cumulativă a stressului psihologic actual este suficient de puternică încît să producă modificări psihofiziologice, chiar dacă implicarea copiilor în conflict nu este directă” (S. Minuchin, 1974, p. 182).

În a doua fază a experimentului, părinții au fost angajați într-o discuție contradictorie, pe o temă familială veche, care generase anterior o „spirală” de conflicte nerezolvate. În timpul altercației s-a înregistrat creșterea semnificativă a nivelului acizilor grași liberi din sîngele părinților. În timp ce urmărea disputa părinților printr-un geam unitransparent, copilul a înregistrat o creștere de două ori mai mare a nivelului acizilor grași din sînge, comparativ cu părinții. După aceasta, copilul a fost adus în cabinet și fiecare părinte a încercat să-l atragă de partea sa, împotriva celuilalt. Conflictele dintre părinți au căpătat astfel o falsă rezolvare, tensiunea emoțională dintre ei diminuîndu-se prin implicarea inconștientă, psihopatogenă a copilului. În 30 de minute de interacțiune familială de acest tip, nivelul acizilor grași la părinți a scăzut la valorile de bază. La copil însă, nivelul acizilor grași liberi a crescut și s-a menținut ridicat timp de mai multe ore. Stressul asociat cu conflictele nerezolvate între soți a fost astfel micșorat prin perturbarea psihică a copilului. Acest mod de relaționare patologică demonstrează pregnant „prețul” plătit de copil, denumit în acest caz „vindecătorul familiei”.

Fără îndoială, valoarea de generalizare a concluziilor unui astfel de experiment este limitată, dar semnificația euristică este incontestabilă. El demonstrează în mod convingător interdependența logică dintre individ și relațiile sale familiale, dintre disfuncțiile familiale și efectele lor în planul personalității individuale.

Totodată, prin caracterul obiectiv al argumentelor sale, acest studiu conferă un plus de rigoare tezei axiomatice conform căreia „omul este ansamblul relațiilor sale sociale”. În plus, teoria psihologică a familiei, ca și psihoterapia de familie afirmă și demonstrează convingător faptul că individul și familia sa se află într-o unitate dialectică.

2. Familia ca sistem. Contribuția teoriei generale a sistemelor la edificarea psihologiei familiei

2.1. *Coordonate sistemice ale familiei ca entitate.* Cadrul conceptual al psihologiei familiei, ca și demersurile practice ale psihoterapiei de familie își

găsesc în gândirea sistemică valoroase repere teoretice și instrumente metodologice necesare analizei, explicației și modificării proceselor de dinamică familială.

Din perspectiva psihologului contemporan, în gândirea căruia conceptele sistemice s-au organizat într-un pattern general de abordare a oricărui obiect de studiu, fenomenele familiale își relevă dimensiuni încă neinvestigate, particularități ce țin de esența lor structural-interacțională și dinamică.

Alături de teoria generală a sistemelor, cibernetica „acest mod original de a gândi realitatea bazat pe admiterea ca esențială a interacțiunii informaționale dintre obiectul-sistem și mediul ambiant”, contribuie în mod semnificativ la delimitarea obiectului de studiu al psihologiei familiei, la decodificarea fenomenelor familiale, la precizarea metodologiei cercetărilor în acest domeniu.

Adeziunea la modelul sistemic în interpretarea proceselor familiale este confirmată de penetrația, tot mai largă, în gândirea clinico-psihiatrică și în psihologie a unor concepte cu conotație structuralist-relațională, ca : „interacțiune”, „proces”, „structurare”, „pattern”, „set funcțional”, „subsistem”, „izomorfism”, „homeostazie”.

Ne propunem o abordare analitică a conceptului-construct de *familie-ca-sistem*, în scopul evidențierii realismului clinic al acestei noțiuni și al validării implicațiilor sale, în psihoterapia de familie.

Colaborarea interdisciplinară dintre teoria generală a sistemelor și psihologia familiei se află într-un stadiu incipient. Cu toate acestea, numeroase valențe epistemice și aplicative ale acestei colaborări evidențiază deja valoarea euristică a integrării modului de gândire structuralist-sistemic în psihologia și psihopatologia familiei.

Faptul că „familia constituie un sistem deschis, cu mai multe subsisteme” (S. Fleck, 1975, p. 383) a căpătat, în psihologie și psihiatrie, o recunoaștere unanimă. Acceptarea acestei aserțiuni se concretizează în abordarea individului, a relațiilor interpersonale de cuplu și a grupului familial, ca principalele subsisteme familiale aflate în relații de ierarhizare structurală și funcțională și de dinamică reciproc-reglatorie.

Dintre proprietățile sistemice ale familiei ca entitate caracteristică schimbării ei pe axa timpului este probabil cea mai evidentă. Într-adevăr, între momentul inițial — constituirea cuplului conjugal — și cel final, dezmembrarea familiei prin decesul părinților, familia trece printr-un continuu proces de transformare.

Ceea ce se modifică în timp este în primul rând numărul membrilor; dimensiunile familiei suferă inițial o „dilatare” prin nașterea succesivă a copiilor, pentru ca ulterior să se „contracte” prin părăsirea căminului de către copiii căsătoriți sau/și prin decesul părinților.

Nașterea fiecărui copil nu are numai semnificația unei creșteri cantitative a familiei, ea reprezintă o restructurare a întregului sistem relațional familial. De la o diadă unică, soț-soție, se trece prin multiplicare la noi diade: mamă-copil, tată-copil, mamă-tată și la triada mamă-tată-copil. Această trecere, de la o relație interpersonală diadică la un grup format din trei sau mai multe persoane, „are semnificația trecerii unui sistem în condițiile de lucru ale altui sistem și, prin aceasta, transformarea lui (a primului sistem) în subsistem: persoana devine subsistem al relației interpersonale, iar aceasta din urmă, subsistem al relațiilor de grup” (P. Golu, 1974, p. 170).

Aserțiunea de mai sus conține în sine nu numai *ideea caracterului dinamic* al proceselor familiale și posibilitatea descrierii lor în funcție de factorul timp, ci și o altă idee, cu valoare epistemologică, aceea a *specificității subsistemelor familiale*.

Perspectiva sistemică asupra insului în mediul familial relevă atât aspectele de continuitate, cât și pe acelea de discontinuitate dintre nivelurile ierarhice ale organizării personalității (nivelul individual-intrapsihic, cel relațional-interpersonal și cel grupal). Esențialmente *același* din punct de vedere ontologic, individul este *diferit* din punct de vedere gnoseologic, în funcționarea sa ca sistem personal, ca termen al relației interpersonale, ca subsistem al sistemului familial. Principiile de structurare și legitățile de funcționare la fiecare dintre aceste niveluri ale integrării personalității nu sînt identice. Procesele psihice la nivel individual, interpersonal și de grup se derulează pe principii de discontinuitate și specificitate. În virtutea acestui fapt, orice demers care se bazează pe extrapolarea explicației psihodinamice la interpretarea relațiilor interpersonale sau a dinamicii de grup poate fi prejudiciabil sub aspectul cunoașterii clinice.

Din perspectiva gândirii sistemice, fenomenele de dinamică familială își relevă și un alt aspect esențial, nerelevat de alte cadre conceptuale, și anume *caracterul stadial*. Prin integrarea viziunii sistemice cu perspectiva psihogenetică s-a relevat faptul că relațiile interpersonale familiale se modifică stadial, sub acțiunea conjugată a unor *factori interni* (dezvoltarea stadială a personalității membrilor ce o compun) și a unor *factori externi* (de ordin social, cultural, economic etc.).

Ca și inteligența, afectivitatea sau adaptarea socială, ca și personalitatea individuală, familia trece printr-o serie de stadii succesive ale evoluției sale. Fiecare din aceste stadii corespunde unui mod relativ stabil și totodată tranzitoriu de adaptare a familiei la exigențele membrilor săi și ale mediului social larg. Fiecare etapă reprezintă în raport cu cea precedentă un nivel superior de organizare și funcționare a relațiilor intra-familiale.

Perspectiva psihologiei genetice, ea însăși mod de gândire structuralist-sistemic, a făcut posibilă o mai complexă înțelegere a dinamismului fenomenelor familiale pe o dimensiune longitudinală și a creat premisele explicării relațiilor reciproce dintre stadializarea familială și cea individuală. Totodată, s-a conturat rolul copilului de „inițiator” al proceselor familiale, precum și faptul că trecerea acestuia de la un stadiu de vîrstă la altul determină restructurarea relațiilor părinți-copii și a familiei ca întreg. Din perspectiva psihologiei genetice, disfuncțiile familiale au putut fi interpretate ca avînd la bază fenomene de tranziție și discontinuitate generate de dificultățile familiei de a se restructura în funcție de exigențele noi ale membrilor săi aflați în dezvoltare.

Influența reciprocă dintre factorii externi și familie se realizează conform unor mecanisme sistemice generale. Ca orice sistem viu, dinamic, familia „posedă o limită și există un schimb neîncetat de la exterior la interior, și invers” (N. Ackerman, M. Behrens, 1975, p. 39). Familia nucleară ca sistem include un număr limitat de membri și se opune imixtiunii unor persoane neînrudite, în problemele și viața sa internă; ea are o tendință funciară spre autodelimitare, funcționare și decizie autonomă. În virtutea influențelor reciproce dintre mediul social (familia extinsă, grupul de vecinătate, subgrupurile profesionale ale membrilor adulți etc.) și familia nucleară, aceasta din urmă înregistrează permanente modificări adaptative.

Convingerea că mediul extern al familiei nu poate fi conceput ca o constantă se înscrie în cadrul unei perspective moderne mai largi a *ecologiei psihiatrice*. În relație cu mediul ambiant variabil familia ca sistem își evidențiază o caracteristică esențială: *capacitatea de autoreglare*. În ciuda modificării permanente a influențelor externe și a acțiunii unor factori posibil perturbatori din interiorul său, familia își menține o identitate proprie, o integritate caracteristică, definitorie. Capacitatea de autoreglare a familiei se concretizează în anumite reguli de comportare și comunicare, în invarianța seturilor și patternurilor familiale, în constanța relativă a unui anumit tonus afectiv.

3. Homeostazia familială — parametru al normalității și sanogenezei familiale

Capacitatea de conservare a relativei stabilități și a echilibrului dinamic propriu familiei a fost evidențiată în cadrul clinicii psihiatrice și explicată prin procesul de *homeostazie familială*.

Clinica psihozelor discordante și a depresiei a evidențiat faptul, inexplicabil din perspectiva psihiatriei tradiționale, că uneori familia bolnavului psihic manifestă rezistență spontană la schimbarea terapeutică, întârziind sau anulând ameliorarea simptomatică a pacientului primar. Simptomele pacientului identificat realizează în familie un echilibru patologic. Modificarea acestui echilibru, prin remisiunea tulburărilor este urmată în mod surprinzător de emergența unor perturbări psihice la membrii nesimptomatici ai familiei. Fenomenul balansului simptomatic familial se explică prin prezența tendințelor homeostatice, de reinstalare în familie a unui *statu quo ante* al stării de sănătate. Familia ca sistem și subsistemele ce o compun manifestă inerție în modificarea patternurilor relaționale și a pozițiilor de rol.

Rezistența la schimbare ca expresie a tendințelor homeostatice familiale se manifestă și în familiile normale, în perioadele de trecere de la un stadiu la altul. Perioadele de tranziție a copiilor de la o etapă de vîrstă la alta sînt acompaniate întotdeauna de tensiune și anxietate familială, generate de tendința inconștientă a părinților de a menține relațiile de dependență și autoritate specifice stadiului anterior. Deseori, acțiunea prea rigidă a mecanismelor homeostatice are o influență psihopatogenă asupra familiei ca grup și asupra membrilor săi individuali, aceasta deoarece, procesele de homeostazie tind să mențină sau să reinstaleze relații familiale devenite anacronice, care frinează dezvoltarea și individualizarea membrilor.

Uneori procesele homeostatice sînt responsabile de eșecurile terapiei. Expresia clinică a acțiunii mecanismelor familiale de acest tip este menținerea de către familie a pacientului primar, în rolul de „țap ispășitor” (fenomenul de *scapegoating*). Gratificarea de către părinți a conduitei simptomatice a copilului nevrotic sau perpetuarea unei atmosfere familiale tensionate după ameliorarea tulburărilor de comportament la adolescent se înscriu sub semnul acțiunii spontane, a acelorași mecanisme homeostatice.

Alături de mecanismele de reglare prin *feedback de stabilizare* cu rol în menținerea unei stări staționare, în familie acționează și mecanisme de prelucrare a *feedback-ului de precipitare*, importante pentru menținerea

în curs de desfășurare a *proceselor* familiale. Fenomenele de *homeodinamie* sînt acelea prin care un anumit proces familial, expus unor influențe externe perturbatoare, este continuat în direcția în care ar fi evoluat în absența perturbărilor. Un exemplu revelator pentru existența mecanismelor homeodinamice îl reprezintă continuarea funcționării familiale evasinormale, în condițiile perturbatoare ale unor modificări ample ale mediului social, ale unor catastrofe naturale etc.

După părerea noastră, cuplul noțional *homeostazie-homeodinamie* are o mare valoare euristică în interpretarea fenomenelor familiale întrucît desemnează mecanisme fundamentale, cu acțiune logică în funcționarea sistemului familial. Mecanismele homeostatice, prin tendința restabilirii unei stări a sistemului anterioare perturbării, prelucrează informațiile de *feedback* de stabilizare (negativ). Rolul mecanismelor homeostatice este unul esențialmente *conservativ-stabilizator*. Unitatea, integritatea și identitatea familiei sînt asigurate prin mecanisme homeostatice. În mod complementar, mecanismele homeodinamice sînt acelea care prin prelucrarea și integrarea lor în sistemul familial îl conduc pe acesta la un nivel superior de funcționare. Rolul mecanismelor homeodinamice în familie este în mod fundamental *evolutiv, developmental*. Flexibilitatea adaptativă și progresul vital al familiei sînt caracteristici datorate mecanismelor homeodinamice.

Sintetizînd, putem afirma că unitatea dintre homeostatic și homeodinamic în procesul evoluției sistemului familial asigură, pe de o parte, păstrarea identității familiei de-a lungul întregii sale existențe, pe de altă parte, modificarea ei evolutivă, stadială, conform exigențelor de dezvoltare ale membrilor ei. Laturi complementare ale unui proces evolutiv unic, de dezvoltare stadială a sistemului familial, mecanismele homeostatice și cele homeodinamice reprezintă cheia explicativă a trecerii relațiilor familiale de la un stadiu inferior la unul superior de organizare, prin reechilibrări succesive.

4. Interacțiunea ins-familie din perspectivă sistemică

Abordarea sistemică a relației individ-mediul familial permite depășirea limitelor concepției clasice despre individ și familie ca realități distincte a căror relație poate fi explicată în termenii unei cauzalități lineare. Se evidențiază faptul că membrii familiei, ca indivizi și ca subsisteme ale sistemului familial, inițiază acțiuni și procese care modifică starea sistemului iar acesta, la rîndul său, își exercită influența reglatoare asupra persoanelor și relațiilor dintre ele.

Într-adevăr, în interiorul sistemului familial, secvențele de interacțiune constant recurente între părți și întreg (respectiv între membrii individuali și familie ca grup) se desfășoară după principiul aferenței inverse, modelîndu-se reciproc prin prelucrare informațională.

Ca rezultat al integrării viziunii sistemice în interpretarea relațiilor de determinare-condiționare între individ și familie a devenit posibilă elaborarea unei concepții moderne despre individ în mediul său social.

Relația complexă dintre persoană și familia sa (ca exponent al factorului social, de mediu) este în prezent explicată în termeni informaționali probabilistici. Este adevărat că individul își influențează contextul

familial și este influențat de acesta; dar „rezultanta” comportamentală a acestor influențe reciproce nu poate fi dedusă pe baza unor legi deterministe. Meritul de a fi descris procesul complex, multifactorial prin care individul devine ceea ce este, ca rezultat al apartenenței sale la o familie concretă — sistem familial cu anumite particularități —, revine legilor stocastice.

Rezolvarea de principiu a problemei relației individ-mediu are drept consecință implicită o mai bună înțelegere a rolului familiei în dezvoltarea personalității copilului. Observațiile din clinica pedopsihiatrică asupra vulnerabilității copilului la stressurile ce afectează familia pot să capete o interpretare cu valoare de generalizare. Tulburările nevrotice ale copilului și adolescențului pot și trebuie să fie analizate nu în mod individual ci din perspectiva familiei, ca ~~ecosistem~~. Atît boala psihică cit și dezvoltarea normală a personalității copilului „capătă o semnificație mai completă în matricea familiei ca sistem comportamental” (N. Ackerman, M. Behrens, 1975, p. 38). Autorii postulează în continuare că teoria sistemelor aspiră la universalitate dar „cu cit o teorie se apropie mai mult de un model matematic cu atît este mai dificil s-o aplici la situația umană” (*ibidem*, p. 42). Conștienți de realismul acestei afirmații vom înțelege că pentru a putea fi utilizată practic în analiza fenomenelor clinice, concrete, teoria generală a sistemelor va trebui însă redusă la un grad mai scăzut de generalizare. Din această perspectivă, eventualele discrepante dintre realitatea clinică, în complexitatea și variabilitatea ei, și modelul teoretic vor confirma o dată în plus ireductibilitatea complexului fenomen uman pe care-l reprezintă familia.

5. Familia ca microgrup. Contribuția psihologiei sociale la edificarea psihologiei familiei

5.1. *Coordonate psihosociale ale familiei ca microgrup.* Pentru ca noțiunea de „familie” să devină un concept operant în psihopatologie, trebuie să i se precizeze apartenența la clasa „microgrup”, să se definească însușirile generale ale „genului proxim” și particularitățile „diferenței sale specifice”.

Din punct de vedere sociodinamic, familia reprezintă un grup mic ale cărui caracteristici corespund oricărei definiții a microgrupului ca unitate psihosocială. Este evident că în familie „conduita fiecărui individ este afectată de prezența celorlalți” (O. Klineberg, 1954, p. 437) și că familia „posedă un set de valori și norme proprii care reglează conduita membrilor în conformitate cu grupul” (M. Sherif et al., 1956, p. 144).

Caracteristica cea mai importantă a familiei ca microgrup este *coeziunea*, întrucît ea determină existența independentă și funcționarea familiei ca unitate biopsihosocială delimitată de alte instituții. Termenul de „coeziune” conotează necesitatea ca membrii grupului să renunțe la o parte din gratificările, opiniile, atitudinile, conduitele lor personale în favoarea grupului ca întreg.

Coeziunea familială nu este o dimensiune statică, un dat, ci se construiește stadial, prin adaptarea reciprocă a personalităților celor doi parteneri conjugali și integrarea ulterioară a descendenților. Procesul dobîndirii coeziunii familiale și al menținerii ei nu este lipsit de dificultăți: cei doi parteneri conjugali, a căror personalitate individuală este marcată de

propria familie de origine, trebuie să-și construiască un nou model de relaționare, o nouă conduită și un nou mod de comunicare. Procesul este discontinuu, marcat de conflicte, stagnări și uneori regrese. Adesea se creează situații critice a căror rezolvare ar fi imposibilă în absența resurselor motivaționale și afective, proprii exclusiv familiei. Tocmai de aceea, putem afirma că sistemele atitudinale, patternurile comportamentale, sistemele de valori și structura afectivă a partenerilor conjugalii sînt supuse unui proces continuu de asimilare și acomodare reciprocă, în scopul edificării coeziunii familiale. Rezultatul acestor procese și al conștientizării efectelor lor interpersonale este un *sistem de reguli și norme* ale vieții familiale, un set de patternuri comportamentale și de comunicare, definitorii pentru familia respectivă. Caracteristicile acestor reguli (caracterul implicit sau explicit, constanța sau flexibilitatea concretizării lor etc.) condiționează în mare măsură acceptarea lor de către membrii familiei, integrarea lor armonioasă, sanogenetică în personalitățile individuale.

În însăși existența ei, familia este determinată de satisfacerea în mod optim a cerințelor coeziunii, consensului, menținerii unei anumite structuri a rolurilor și a unității conducerii; toate acestea contribuie la promovarea *unității* familiale, condiție esențială a sanogenezei membrilor săi. Caracterul particular al relațiilor afective, deosebit de intense în acest microgrup natural, face ca orice tendință de diviziune sau evaziune precoce să pună sub semnul întrebării însăși existența unității familiale. Menținerea unui grad optim de coeziune și unitate intrafamilială reprezintă o sarcină dificilă, dar esențială a membrilor adulți ai familiei.

Interpretate din perspectiva psihologiei grupurilor mici, fenomene ca divorțul, disensiunile familiale, separările precoce ale adolescenților etc., pot fi înțelese ca „simptome” ale unei psihopatologii a coeziunii familiale.

Eforturile de coeziune și autoorganizare, de rezolvare a crizelor, conflictelor, pericadelor de tranziție în interiorul familiei se concretizează într-o *identitate* proprie fiecărei familii. Expresie sintetică a demersurilor coezive ale membrilor familiei, *identitatea familială* este rezultanta cristalizării unor patternuri familiale caracteristice; ea se reflectă în similitudinea atitudinilor generale ale membrilor familiei față de principalele probleme ale vieții, în modelul și ierarhia valorilor familiale, în structura comportamentului interpersonal și în dispoziția afectivă de fond a familiei. Realismul clinic al noțiunii de „identitate familială” se reflectă în posibilitatea de a califica familia concretă ca „stenică”, „hipersensibilă”, „senzitiv-interpretativă”, „agresivă”, aceste atribute fiind caracteristice familiei ca tot, atmosferei generale familiale, și nu unuia sau altuia dintre membri în situații izolate.

Caracterul eterogen al microgrupului familial este o trăsătură macro-observabilă, evidentă. Eterogenitatea se referă la vîrstă și sex, statuturi și roluri, capacități operaționale etc.

Din punctul de vedere al teoriei psihologice a familiei și al psihoterapiei de familie sînt semnificative trei *aspecte ale eterogenității familiale*: *aspectul cognitiv*, cel al *dezvoltării psihoafective* și al *evoluției psihosociale*.

Sub *aspectul dezvoltării cognitive* a membrilor familiei, reținem faptul că fiecare dintre ei se află într-un stadiu propriu al dezvoltării inteligenței și posedă un coeficient de inteligență și un nivel cultural individual. Specificul procesului de comunicare într-o secțiune transversală în viața familiei este determinat de existența simultană a gândirii de tip adult (abstract), a gândirii operațional-logice (la copii) sau chiar a gândirii de tip

senzori-motor (la vîrstele mici ale copiilor). Din acest motiv, numeroase dificultăți și disfuncții ale comunicării își au originea în insuficiența „racordare” a limbajelor proprii copiilor sau adulților din aceeași familie. Fiecare membru al familiei dispune de un mod propriu de a percepe, de a opera în plan intelectual, ca și de mijloace specifice de comunicare verbală și neverbală. Deosebiri de stil cognitiv și comunicațional pot să ducă la o alterare a izomorfismului necesar între sistemele personale de coduri; efectul unor astfel de neconcordanțe este formarea unui pattern familial de comunicare, caracterizat prin redundanță și pierdere de informație utilă. În plan intern, subiectiv, membrii familiilor cu dificultăți de comunicare trăiesc un sentiment de izolare, tristețe, frustrare.

Pe scala *dezvoltării afective* membrii familiei se situează de asemenea la niveluri diferite. De exemplu, într-o familie cu trei copii, aflați fiecare în altă etapă de vîrstă (un preșcolar, un puber și un adolescent), există surse reale de dificultăți sub aspectul comunicării și înțelegerii empatice în fratrie. Fără îndoială, universul afectiv al copilului în stadiul oedipian este net diferit de acela al puberului și al adolescentului, fapt pentru care distanțarea afectivă a copiilor dintr-o astfel de fratrie este inerentă. Imaturitatea afectivă tranzitorie a copilului nu are însă numai efecte negative; astfel, în stadiile inițiale ale dezvoltării afective, copilul dispune de o „anumită imunitate față de stimulările sau posibilele traumatisme nespecifice acestor stadii” (J. Anthony, 1970, p. 8). Aceasta explică diferența dintre copii și adulți în privința reactivității emoționale față de moarte sau față de boala psihică, ori somatică a unui membru al grupului familial.

Sub aspectul *evoluției psihosociale*, cele două generații care alcătuiesc familia prezintă nete deosebiri. Astfel, adulții dispun de roluri bine definite și de o autonomie recunoscută în timp ce copiii se află într-un proces continuu de definire a propriei identități prin adoptarea succesivă a unor roluri specifice etapelor de vîrstă pe care le parcurg. Procesul creșterii și maturizării psihologice presupune o permanentă înlocuire a statutelor vechi, cu roluri și statute noi, corespunzătoare exigențelor progresive ale dezvoltării personalităților individuale și a familiei ca grup evolutiv.

În teoria și practica actuală a psihoterapiei de familie, demersurile investigative și cele curative sînt în mare măsură orientate de „axiomele” psihosociologice ale familiei. Evidențierea caracterului general al unor fenomene de grup familial și a modului particular de manifestare a lor în familia concretă reprezintă o etapă preliminară necesară inițierii dialogului terapeutic psiholog-familie. În absența înțelegerii unor legități ale fenomenelor familiale, nu este posibilă acceptarea de către membrii familiei a propriei lor responsabilități în raport cu „pacientul primar” și nici inițierea schimbării terapeutice a structurii și dinamicii familiale.

În mod sintetic, postulatele fundamentale ale psihosociologiei grupului familial, de a căror acceptare depinde în mare măsură întreg procesul psihoterapiei de familie, pot fi formulate astfel :

- acțiunile și comportamentele fiecărui membru al familiei au consecințe directe sau indirecte, manifeste sau latente pentru toți ceilalți;
- menținerea unității grupului familial cere ca fiecare membru să acorde oarecare prioritate nevoilor grupului, dincolo de dorințele, atitudinile și opiniile proprii;
- pentru a-și îndeplini funcțiile esențiale față de societate, de adulți și de copii, grupul familial trebuie să posede obiective unitare și o conducere unitară pentru realizarea acestor obiective;

— în familie există o tendință naturală spre divizarea relațiilor interpersonale în diade; acestea reprezintă un nivel inferior de organizare față de grupul familial, care, prin excluderea celorlalți membri din tranzații semnificative, subminează unitatea familială;

— dacă în interacțiunea familială, indivizii nu-și asumă roluri reci-proc-gratificante, viața familială se desfășoară în mod disfuncțional, psihopatogenetic și poate duce la apariția unor manifestări clinice.

6. Relațiile de rol în familie—parametru al normalității familiale

Definit ca „pattern comportamental orientat spre scopuri particulare, modelat de o cultură sau subcultură pentru un anumit loc sau funcție pe care un individ le deține într-un grup social sau într-o situație socială” (J. P. Spiegel, 1958, p. 78), conceptul de *rol* are o importantă contribuție la explicarea proceselor familiale. Într-adevăr, investigațiile psihosociologice, ca și observațiile clinice, au confirmat justetea afirmației că „la baza unui număr însemnat de tulburări afective... nu există altceva decât insuficiența, excesul sau necunoașterea rolului fiecăruia în familie” (M. Porot, 1973, p. 11).

Diferențierea pe verticală și pe orizontală a membrilor familiei, ierarhizarea indivizilor în funcție de vîrstă, sex, loc în fratrie etc. reprezintă una din caracteristicile cele mai generale ale familiei ca microgrup. Rolurile de părinte, soț, tată, soție și mamă, fiu, frate, nepot și bunici se exercită permanent și se intercondiționează alcătuind o foarte complicată rețea de roluri, definitorie pentru dinamica relațiilor intrafamiliale.

Pînă în ultimii ani, psihologia familiei a folosit noțiunea de rol familial într-un sens normativ, ceea ce imprimă o abordare descriptiv-optativă, fapt ce impune aserțiunea conform căreia „în definirea și exercitarea rolului intervin precumpănitor aptitudinile, împlinite prin competență... iar statutul reprezintă, psihologic, în primul rînd, un sistem de atitudini față de sine și față de alții” (P. Popescu-Neveanu, 1980, p. 198). Din această perspectivă s-au trasat caracteristicile tipice ale mamei și tatălui, ca membri fundamentali ai grupului familial.

Astfel, s-a statuat că, în mod obișnuit, *rolul tatălui* în familie este acela de *lider instrumental*. Într-adevăr, în mod normal, poziția familiei în comunitate și în societate depinde în primul rînd de nivelul educației și de activitatea profesională a tatălui. În consecință, el este acela care oferă modelul instrumental al integrării în viața socială. Rolul tatălui este asociat cu trăsăturile autorității, ale securizării economice și sociale, ale competenței sociale, fapt pentru care „tatăl este mai atras în problemele educative după intrarea tinerilor în pubertate și apoi în adolescență” (Ursula Schiopu, 1979, p. 117).

În contrast cu acesta, *rolul primar, tipic al mamei* vizează cu predilecție viața afectivă a familiei. Încă de la naștere, relația care se stabilește între mamă și copil este de natură afectivă, iar evoluția acestei relații are loc pe fondul unei continue comunicări afective. Datorită acestui fapt, rolul mamei este în mod primordial *afectiv-expresiv*, ei revenindu-i sarcina de a identifica nevoile afective ale membrilor familiei, de a facilita comunicarea expresivă, de a crea „atmosfera” definitorie a familiei.

Situațiile create de psihoterapia de familie relevă cu pregnanță rolul de lider emoțional al mamei. Ea este de cele mai multe ori purtătorul de

cuvînt al familiei ; ea solicită examinarea psihiatrică și psihoterapia. Ea este cea care expune simptomele și încearcă să explice problemele cu care este confruntată familia. Rolul ei de lider emoțional este în mod implicit sau explicit recunoscut de toți ceilalți membri. Mai ales în familiile cu copii sub 10 ani se observă o foarte pregnantă loialitate față de mamă. Intensa legătură emoțională dintre mamă și copii se evidențiază în modul așezării în cabinet și în faptul că atunci cînd li se adresează o întrebare, copiii își îndreaptă privirea spre mamă înainte de a răspunde. Aprobarea de a dezvălui ceea ce ei consideră „secretele familiei” este căutată de copii în privirea mamei.

Analiza modului concret de relaționare interpersonală în familie evidențiază faptul că între rolurile parentale există o relație de condiționare reciprocă. Diviziunea sarcinilor tipice legate de rolurile complementare de mamă și tată nu este absolută. Ea indică numai dominanța anumitor aspecte, cum sînt autoritatea la tată și afecțiunea la mamă.

Semnaland posibilitatea schimbărilor reciproce ale rolurilor parentale, subliniem în același timp necesitatea ca părinții să ofere copiilor modele de rol tipice, care să concorde cu cele ale societății. Orice inversare de roluri sau modificare a relațiilor de dominanță de tipul : autoritate maternă excesivă cuplată cu o conduită paternă feminizată are ca rezultat distorsionarea dezvoltării normale a personalității copiilor. Experiența clinică a arătat că „inversiunea rolurilor parentale este în mod special prejudiciabilă pentru copil, dacă această inversare este mascată” (S. Fleck, 1975, p. 388).

Personalitatea individuală a părinților trebuie să întrunească anumite atribute, însușiri, trăsături comportamentale tipice, pentru rolul de tată și mamă. Aceste atribute pot exista la niveluri și grade diferite la ambii părinți. Menționăm însă că absența din personalitatea tatălui a prerogativelor de tip masculin (competență socială, abilități instrumentale etc.) este mult mai psihopatogenă în raport cu copilul decît absența aceluiași calități din personalitatea mamei. Analizînd situația sub unghi opus, al rolului mamei, putem afirma că pentru dezvoltarea armonioasă a personalității copilului sînt mult mai importante conduitele și aptitudinile de comunicare afectivă ale mamei, decît structura și conduita afectivă a tatălui.

Un alt aspect semnificativ al diferenței rolurilor patern și matern vizează orientarea predominantă a experienței subiective. Subliniem în acest context că experiența subiectivă (afectivă și intelectuală) a tatălui este centrată asupra realității extrafamiliale și în consecință observațiile sale vor avea drept conținut evenimente, situații și repere caracteristice lumii din afara familiei. Pe de altă parte, afectivitatea și inteligența mamei se concentrează cu predilecție asupra realității intrafamiliale, interpersonale și intraindividuale ; valorizările ei vor viza în primul rînd aceste sfere ale vieții de familie. În vederea unei dezvoltări armonioase, copilul trebuie să realizeze conexiunea dintre extrafamilial și intrafamilial într-un model unic de trăire și înțelegere. Acest fapt nu este posibil decît dacă părinții reușesc, ca prin personalitatea lor, să transforme antagonismul modului lor de a participa la realitate, într-o complementaritate dinamică.

7. Relațiile parentale și psihopatologia familială

În orientarea procesului de dezvoltare a personalității copilului, influențele semnificative ale părinților se exercită pe trei direcții principale :

a) formarea și menținerea coaliției parentale; b) respectarea limitelor intergeneraționale; c) instituirea unor modele tipice de rol.

a) Ca grup mic ce îndeplinește funcții complexe de decizie și control, familia este caracterizată printr-o conducere dublă; ea posedă doi lideri: tatăl și mama, ale căror roluri complementare permit formarea unei coaliții parentale, ce asigură unitatea conducerii.

Fermitatea coaliției parentale reprezintă un parametru important al unității familiale, un indicator-princeps al normalității și sanogenezei. Formarea și menținerea de către părinți a unui „bloc comun” diminuează fenomenele de psihopatologie familială generate de mecanisme spontane de diviziune în diade competitive, de rivalitate, de formare a unor alianțe etc.

În mod normal, pentru edificarea personalității sale, copilul are nevoie de ambii părinți: părintele de același sex, care constituie principalul obiect al identificării, până la atingerea vârstei adulte, și părintele de sex opus, care servește drept obiect al afecțiunii și a cărei dragoste și aprobare este introiectată prin identificarea cu părintele de același sex. În virtutea acestei duble dependențe a procesului de individualizare, copilul trebuie să beneficieze de coaliția părinților, de aprobarea lor reciprocă, de suportul reciproc al fiecăruia dintre ei în rolurile corespunzătoare masculinității și feminității. Nici unul din părinți nu-și poate exercita eficient rolul, în condițiile izolării de celălalt; eficiența rolului parental al unui părinte este diminuată dacă partenerul conjugal îl denigrează, îl disprețuiește sau își îndreaptă asupra sa agresivitatea latentă. Confruntat cu un cuplu parental dezbinat, copilul va fi incapabil să introiecteze și să concilieze în forul său intrapsihic cele două figuri ireconciliabile. Rezultatul acestei dileme va fi o identitate de sine confuză, generatoare de tulburări ale maturizării afective a copilului.

În dezvoltarea longitudinală a copilului există momente critice în care semnificația influențelor parentale convergente este majoră. De exemplu, în faza oedipiană fermitatea coaliției parentale și efortul comun al tatălui și al mamei de a-l orienta pe copil spre cei de aceeași vârstă cu el, de a-i frustra gradat dorința de relație exclusivă cu unul din părinți, duc la soluționarea sănătoasă a conflictelor oedipiene și creează un nucleu solid pentru dezvoltarea ulterioară a personalității.

Tulburările afective și de personalitate generate de eșecul părinților în realizarea unei coaliții adecvate pot lua la copil și adolescent forme de gravitate variabilă, de la simpla reacție nevrotică până la procesul psihotic sever.

b) Diviziunea familiei nucleare în două generații reprezintă un reper psihologic major în structurarea relațiilor familiale. Adulții, soți și părinți în același timp, formează generația care îi protejează și educă pe copii, oferindu-le acestora primele modele de identificare de tip adult. Dezvoltarea copilului se realizează prin internalizarea figurii parentale de același sex și „competiția” afectivă cu părintele de sex opus. Între părinți ca adulți se stabilesc relații specifice, diferite de cele dintre părinți și copii.

Dependența inițială a copilului față de mamă, relația afectivă strinsă din perioada preoedipiană constituie un element fundamental al dezvoltării sănătoase a copilului, dar în anumite condiții ea poate deveni sursa unor perturbări emoționale. Așa cum au arătat primele studii asupra privării și carenței afective „pentru sănătatea psihică a copilului mic și

pentru stabilirea unor premise ale dezvoltării normale a întregii personalități este esențial ca acesta să trăiască experiența unei relații afective intime, calde și continue cu mama sa” (J. Bowlby, 1951, p. 28). Această „uniune simbiotică” cu mama trebuie înlocuită treptat cu o *relație de diferențiere* în care să se evidențieze limitele între cele două generații și să se faciliteze procesul orientării copilului spre cei de aceeași vîrstă cu el. Părinților le revine sarcina realizării optime a acestei prime separații, a instituirii și menținerii unor limite intergeneraționale firești.

În familia nucleară poate apărea o infinitate de situații particulare susceptibile de a genera încălcarea limitelor între generații. *În esență, nerespectarea limitelor intrafamiliale este o consecință a eșecului realizării coaliției parentale.* Atunci cînd investițiile afective ale părinților nu se realizează în primul rînd în interiorul cuplului, apare riscul transformării copilului în obiect de gratificare substitutivă, compensatorie. În locul diadei parentale, familia va fi dominată afectiv de o altă diadă (de exemplu, tată-fiică); în această situație limitele generaționale sînt încălcate. În locul relațiilor afective normale dintre părinți și copii, familia va avea o constelație emoțională în care copilul va juca rolul unui rival în raport cu părintele de același sex. Antrenarea copilului în astfel de rivalități, care depășesc posibilitățile sale de vîrstă sau în rolul de suportor al nevoilor excesive de dependență ale unuia din părinți, antrenează tulburări emoționale de gravitate variabilă. Investirea energiei psihice necesare rezolvării propriilor sarcini de dezvoltare se realizează în mod neeconomic, în exterior, provocînd uneori distorsiuni ireversibile ale personalității copilului.

c) Complementaritatea rolurilor legate de sex ale părinților reprezintă unul din aspectele cele mai importante în raport cu dezvoltarea normală a personalității copilului.

Fără a adera integral la opinia conform căreia „dintre toți factorii care contribuie la formarea caracteristicilor de personalitate ale unui copil, sexul este probabil cel mai decisiv” (T. Lidz, 1974, p. 259), nu putem ignora faptul că în clinica psihiatrică, perturbările din sfera identității sexuale sînt prezente în aproape toate entitățile nozografice, de la pacienții nevrotici la psihopați și mai ales la psihoticii tineri.

Atributele psihologice ale masculinității-feminității nu decurg în mod automat din apartenența biologică la un sex sau altul. Ele se structurează treptat, prin imitație și învățare, prin identificări succesive cu părintele de același sex, dar și prin atribuirea repetată de către membrii familiei a rolului de băiat sau fată — copilului.

Ca în majoritatea proceselor ce contribuie la construirea personalității copilului, rolul părinților este semnificativ și în orientarea procesului de identificare sexuală. Nerespectarea unei diviziuni normale a rolurilor familiale afectează în mod diferit pe copiii de sexe diferite. Cercetările au arătat că „o fată întîmpină mai mari dificultăți în formarea caracteristicilor feminității și maternității, dacă are o mamă inactivă și introvertită, decît un băiat în aceeași situație. Reciproc, un fiu al cărui tată este lipsit de caracteristici masculine esențiale va avea mai mari dificultăți în dobîndirea unor trăsături instrumentale de personalitate necesare integrării eficiente în rolul de bărbat, soț, tată” (T. Parsons, R. Bales, citați de T. Lidz, 1974, p. 259).

Pentru a formula mai explicit și mai operant această relație logică între conduitele de rol ale părinților și efectul lor asupra copiilor, putem

spune că absența din personalitatea tatălui a unor atribute semnificative ale masculinității psihologice se răsfrînge în mod predominant asupra dezvoltării copilului-băiat, în timp ce evoluția normală a personalității fetei este mai mult prejudiciată de neacceptarea propriei feminități de către mama sa.

Pentru ca o familie să funcționeze normal și sanogenetic este necesar deci ca părinții să-și mențină rolurile lor primare legate de sex și să se sprijine reciproc în exercitarea acestor roluri.

Contrar aparențelor, „regula” de funcționare formulată mai sus nu contravine realității contemporane în care femeia își asumă din ce în ce mai mult roluri extrafamiliale (profesionale, sociale etc.), iar soțul este mai implicat în activitățile de creștere și educare a copiilor. Împărțirea și împărtășirea reciprocă a sarcinilor legate de rol în familia contemporană a devenit o necesitate, iar rezolvarea ei normală este o problemă de pondere, de echilibru dinamic și mai ales de determinare.

Bibliografie

- Ackerman, N., Behrens, M., *Family Diagnosis and Clinical Process*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.), New York, Basic Books, vol. I, 1974, p. 31—52.
- Anthony, J., *Un modèle hypothétique d'étude des familles*. în : *L'enfant dans la famille* (J. Anthony, C. Koupernik eds.), Paris, Masson et Cie, 1970, p. 3—19.
- Bloch, A. D. *The Family of the Psychiatric Patient*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.) New York, Basic Books, 1974, vol. I, p. 179—201.
- Bowlby, J., *Maternal Care and Mental Health. Monogr. series*, nr. 2, World Health Organization, Geneva, 1951.
- Fleck, S., *The Family and Psychiatry*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams-Wilkins, 1975, p. 382—398.
- Golu, P., *Psihologie socială*, București, Edit. did. și ped., 1974.
- Kernberg, O., *Modern Hospital Milieu Treatment of Schizophrenia*, în : *New Dimensions in Psychiatry : A World View* (S. Arieti, ed.), New York, John Wiley, 1975, p. 201—221.
- Klineberg, O., *Social Psychology*, New York, H. Holt, 1954.
- Kovel, J., *A Complete Guide to Therapy. From Psychoanalysis to Behavior Modification*, New York, Pantheon Books, 1976.
- Lidz, T., *The Family : The Developmental Setting*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.), New York, vol. I, 1974, p. 252—266.
- Minuchin S., *Structural Family Therapy*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), 1974, Basic Books, vol. II, p. 178—192.
- Popescu-Neveanu, P., *Interacțiunea atitudinii-aptitudini*, în : *Probleme fundamentale ale psihologiei* (red. B. Zörgö și colab.), București, Edit. Academiei, 1980, p. 196—202.
- Porot, M., *L'enfant et les relations familiales*, Press Univ. France, Paris, 1973.
- Sherif, M. et al., *An outline of social psychology*, New York, Harper, 1956.
- Speck, R. V., *Family Therapy of the Suicidal Patient*, în : *Suicidal Behaviors* (H. L. P. Resnick ed.), Boston, Brown, 1968.
- Spiegel, J. P., *Homeostatic Mechanisms within the Family*, în : *The Family in Contemporary Society* (J. Galdston ed.), New York, International Universities Press, 1958, p. 70—95.
- Șchiopu, Ursula, *Criza de originalitate la adolescenți*, București, Edit. did. și ped., 1979.

METODE DE INVESTIGAȚIE ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ

1. Obiective și strategii ale psihodiagnosticului clinic

Problemele teoretice ale psihodiagnozei, ale valorii și limitelor metodelor testelor în general, au constituit în ultima vreme obiectul unor discuții pertinente, în numeroase lucrări de specialitate, precum și în cadrul unor manifestări științifice pe plan național și internațional (Vezi A. Anastasi, 1969, M. Roșca, 1971, B. Zörgö, 1971, S. Alexandru, 1975, I. Radu, 1976, A. Cosmovici, 1980).

Principalele concluzii ale acestor discuții au fost următoarele : a) Numai întrebându-se teste care satisfac toate *criteriile științifice de validitate*, fără a fetișiza aceste tehnici de investigație, ci dimpotrivă ținând cu strictețe seama de posibilitățile și limitele lor, acestea își vor dovedi utilitatea reală în activitatea practică (și în cea de cercetare) pe care o desfășoară psihologii în diverse domenii : în școală, în industrie, în clinică etc.. b) Un examen psihodiagnostic nu poate surprinde complexitatea fenomenelor psihice cu ajutorul unui singur test, oricât de bine alcătuit ar fi acesta, ci prin *folosirea mai multor teste judicios selecționate în funcție de obiectivul urmărit* și de strategia adoptată, ca fiind cea mai adecvată și înținerii acestuia. c) *Metodele psihodiagnostice trebuie aplicate cu multă acuratețe*, ținându-se riguros seama de instrucțiunile ce le însoțesc și, eventual de datele referitoare la acestea, obținute prin experimentările ulterioare. d) *Interpretarea rezultatelor* nu poate fi făcută decît de către persoane cu o înaltă calificare în domeniul psihologiei.

Largul spectru al metodelor și tehnicilor psihodiagnostice devenite deja tradiționale în psihologia clinică, precum și spațiul limitat al acestui capitol, fac imposibilă o trecere în revistă exhaustivă, ca și o descriere amănunțită a lor. (Cf. U. Șchiopu, 1970, M. Roșca, 1972, L.J. Cronbach, 1969, J. Delay, P. Pichot, J. Perse, 1966, A. Anastasi, 1969, R. Meili, 1964 ș.a.).

Noi ne vom referi aici, cu precădere, la unele aspecte mai specifice ale utilizării metodelor psihodiagnostice în clinică.

Psihodiagnosticul clinic reprezintă aplicarea metodelor psihodiagnostice în clinică și adaptarea acestora la problemele specifice domeniului. M. Harrower (1965) stabilește o listă cu zece cerințe cărora trebuie să le răspundă psihodiagnosticul clinic : depistarea factorilor etiologici ; diferențierea tulburărilor organice de tulburările funcționale ; definirea reacțiilor proprii organismului la o boală ; estimarea gradului de handicapare condiționat de factorii organici și de factorii funcționali ; evaluarea amplitudinii sau intensității procesului morbid în raport cu date cantificabile privind tipul sau gradul de gravitate ; stabilirea unui prognostic și estimarea probabilității succesului terapeutic ; stabilirea unei baze obiective pentru indicarea unor măsuri terapeutice specializate ; pregătirea unei baze obiec-

tive pentru discuția referitoare la istoricul bolii, cu bolnavul și cu familia; asigurarea unei baze științifice pentru clasificarea și analiza statistică a datelor; formularea unei ipoteze dinamice care să poată susține o explicație a succesului terapeutic, ținând cont de natura procesului morbid și de patogenie (*apud* W. Schraml, 1973, p. 19—21).

După cum se poate vedea, această listă de cerințe este pe cât de cuprinzătoare pe atât de ambițioasă, solicitând psihologului clinician nu numai o bună cunoaștere a tehnicilor psihodiagnostice, ci și o formație clinică presupunând vaste cunoștințe de psihopatologie, de psihologie dinamică, de psihologie medicală, precum și o aprofundată experiență clinică.

Din această sumară descriere a formației și informației necesare „psihologului clinician” reies și diferențele față de formația și rolul tradițional al „psihologului în clinică”, pentru care cunoștințele temeinice de psihodiagnostic și psihologie generală erau suficiente.

Această concepție modernă asupra pregătirii și sarcinilor psihologului clinician răspunde cu o mai mare eficiență necesităților mereu crescute ale practicii clinice, fiind în pas cu imperativul unei specializări tot mai accentuate, caracteristică evoluției tuturor științelor. Rolul și statutul psihologului clinician implică osmoza între formația psihologică în general și necesitățile practicii clinice, permițând acestuia o colaborare fructuoasă cu medicul și o participare competentă și eficientă la rezolvarea problemelor diagnostice și terapeutice.

Un alt aspect dezbătut în literatura de specialitate este cel al acordării terminologiei psihologice și psihodiagnostice cu cea medicală, acord decisiv pentru schimbul de informații dintre medic și psihologul clinician.

Acest schimb de informații poate avea loc în două forme. În prima, psihologul stabilește strategia și programul psihodiagnostic, pornind de la informațiile privitoare la problemele clinice ale pacientului furnizate de medic, fără a-și formula el însuși ipoteze proprii asupra acestora, și îi înmânează acestuia protocolul rezultatelor redactat în limbaj psihologic; sau, în a doua formă, psihologul stabilește strategia psihodiagnostică pornind de la problemele clinice ale pacientului, pe care le constată el însuși în discuțiile cu acesta, își formulează ipoteze proprii incluzându-le într-un protocol scris sau comunicându-le verbal medicului (folosind limbajul, modul de gândire și optica acestuia), în vederea stabilirii în comun a unor opțiuni diagnostice și prognostice. Aceste două forme sînt denumite de Schraml: prima, *forma cooperativă*, iar a doua, *forma integrativă*. Autorul consideră că demersul psihodiagnostic integrativ este posibil „dar el cere în primul rînd o cunoaștere solidă a nosologiei psihiatrice, pedopsihiatrice, neuropsihologice și psihosomatice. Fiecare examen, fie el somatic sau psihologic, presupune ipoteze mai mult sau mai puțin conștiente din partea examinatorului, care hotărăște orientarea investigației sale și alegerea tehnicilor de examinare. Există o diferență importantă între psihologul clinician cărui medicul îi furnizează ipotezele de bază (forma cooperativă) și cel care își elaborează el însuși ipotezele și modelează examenul psihodiagnostic, pornind de la discuția pe care o are cu pacientul sau cu medicul (forma integrativă). Această ultimă cale este cea urmată de majoritatea psihologilor americani (Rapaport și colab., 1946; Schafer, 1954), și ea determină din ce în ce mai mult fizionomia psihologiei clinice internaționale” (W. Schraml, 1973, p. 23—24).

În prezentarea metodelor psihodiagnostice, noi am optat pentru o clasificare a acestora — care ni s-a părut mai potrivită pentru a scoate

în evidență specificul utilizării lor în clinica psihiatrică, neurologică și de boli psihosomatice — în : a) metode de investigație a funcțiilor și aptitudinilor psihice și b) metode de investigare a personalității, făcînd, în partea finală a capitolului, cîteva considerații cu privire la unele probleme ale psihodiagnosticului în funcție de domeniul clinic de aplicare (în psihoze, nevroze, psihopatii, tulburări psihosomatice și boli neurologice).

2. Metode de investigație a funcțiilor și aptitudinilor psihice

2.1. *Testarea atenției și oboselii.* Capacitatea de concentrare a *atenției* este un parametru care intervine nespecific, influențînd rezultatele oricărei probe de performanță. Probele de concentrare a atenției se adresează, de obicei, secundar și perseverării în sarcină. Printre cele mai cunoscute se numără testul Toulouse-Piéron, testul Kraepelin etc. Un alt aspect avut adesea în vedere este distributivitatea atenției. Cea mai cunoscută probă destinată măsurării acestui factor în psihodiagnostic este testul Praga.

În ceea ce privește *oboseala*, interesul pe care îl prezintă examinarea acestui proces psihofiziologic, în clinică, este justificat de faptul că modificări ale fatigabilității apar în semiologia majorității entităților nosologice psihiatrice. Pentru măsurarea acesteia, cel mai frecvent folosit este testul SLI (stimulare luminoasă intermitentă). Frecvența cu care este prezentat stimulul luminos în interiorul unei sfere, apărînd ca lumină intermitentă sau continuă, constituie un indiciu al oboselii psihice. Fatigabilitatea poate fi evaluată și în funcție de scăderea treptată a performanței la testul Toulouse-Piéron.

2.2. *Testarea funcțiilor senzoriale și motorii.* Tehnicile de *examinare a funcțiilor senzoriale* și în primul rînd a sensibilității vizuale, auditive și tactile, deși sînt legate de începuturile psihologiei experimentale, se află astăzi într-o zonă de intersecție cu specialitățile medicale : oftalmologie, audiologie, neurologie. Cunoștințe privind tulburările acestor funcții îi sînt necesare psihologului clinician fie și pentru a putea recomanda un examen de specialitate atunci cînd acesta s-ar dovedi necesar. Dintre diversele probleme legate de funcția vizuală, examinarea posibilităților de diferențiere cromatică este cea mai frecvent pusă în fața psihologului. Metoda cea mai uzuală se bazează pe întrebuițarea plășelor pseudo-izocromatice, în special seriile Ishihara (complete sau prescurtate).

a) *Examinarea funcțiilor motorii* se află de asemenea la o intersecție metodologică cu neurologia. Cu toate acestea, psihologia dispune de un vast arsenal de metode de examinare a acestor funcții. Printre cele mai des întrebuițate cităm : dinamometrele, impulsometrul (Moede), tremometre, proba tapping, proba firului de sîrmă (Kraepelin).

b) Evaluarea capacității de *coordonare senzoriomotorie* se face de obicei cu ajutorul probelor de reactivitate, disfuncțiile din acest domeniu putînd fi de natură somatică sau psihică. Acesta este domeniul în care psihologul are de ales probabil din cel mai variat inventar de probe, dacă ar fi să amintim fie și numai diferitele tipuri de reactometre.

Fleishman (1956) oferă o listă a factorilor determinanți pentru coordonarea psihomotorie : timpul de reacție ; precizia mișcărilor mîinilor ;

viteza mișcărilor brațelor; dexteritatea degetelor; dexteritatea manuală; discriminarea posturală; coordonarea psihomotorie fină; coordonarea mixtă a membrelor; controlul vitezei mișcărilor; orientarea răspunsului; integrarea răspunsului.

2.3. *Testarea percepției și reproducerii formelor.* Acest factor are o importanță deosebită în clinică, tulburările capacității de percepere și reproducere corectă a unor forme constituind indicii prețioase în diagnosticarea organicității unor tulburări psihice. Probele cele mai frecvent utilizate sînt testul Bender și testul Benton, ambele constînd în perceperea vizuală a unor forme și reproducerea lor grafică din memorie.

2.4. *Teste de reprezentare spațială.* Considerat a fi legat de inteligența practică, acest factor este măsurat printr-o serie de probe, constînd cel mai adesea în efectuarea unor operații de translație sau răsturnare în vederea stabilirii identității a două forme (metoda Slăter) sau în indicarea unor figuri care, fie „direct”, fie prin asamblare sînt potrivite pentru a umple lacunele dintr-un desen (testul de completare a lacunelor al lui Friederich).

Un al treilea tip de probe adresîndu-se capacității de reprezentare spațială este cel care constă în numărarea unor cuburi (scala Beta) sau cărămizi (Thurstone) văzute din perspectivă.

2.5. *Testarea memoriei.* Sistemática mai frecvent folosită în clinică este cea care distinge trei tipuri de memorie: memorie imediată, memorie recentă și memoria evenimentelor îndepărtate.

Memoria imediată este cea care răspunde de recunoașterea sau reproducerea unui conținut la mai puțin de zece secunde de la prezentarea lui și apare perturbată la bolnavii cu leziuni cerebrale. Tulburările *memoriei recente* care se referă la intervale de peste zece secunde, se întîlnesc la bolnavii cu sindrom Korsakov. *Memoria evenimentelor îndepărtate* apare perturbată mai ales la bolnavii prezentînd stări dementiale sau traumatisme craniene (G. Ionescu, 1970 a).

Metodele de investigare a memoriei merg de la sarcini ca: repetarea unor silabe fără sens pînă la reproducerea unor liste de cuvinte sau texte. Printre cele mai folosite metode de apreciere a funcției mnemice, în afara probei lui Rey de memorare a unei serii de 15 cuvinte în 5 repetiții (A. Rey, 1970, p. 141—193), trebuie menționată scala de memorie a lui Wechsler: W.M.S. (Wechsler Memory Scale), cuprinzînd mai multe tipuri de probe.

2.6. *Testarea calităților funcției verbale.* Tulburările de limbaj reprezintă un fenomen frecvent întîlnit nu numai în clinica psihiatrică, ci și în cea de neurologie. Pentru surprinderea diferitelor tipuri de tulburări, precum și pentru măsurarea performanțelor legate de această funcție, psihologul clinician îi stau la dispoziție un număr suficient de mare de probe, începînd cu testul de apreciere a vitezei de mobilizare a vocabularului din scala Binet-Simon, testul de fluentă verbală al lui Thurstone, precum și cel de asociații dirijate (factorul W al lui Thurstone), testul de precizie a exprimării verbale al lui Weinberg și sfîrșind cu subtestul Vocabular din WAIS.

2.7. *Testele de inteligență* constituie de fapt probe ale performanței și randamentului intelectual, rezultate din combinarea unei multitudini de factori. Metoda cea mai întrebuintată în domeniul clinic este scala de

inteligentă pentru adulți a lui Wechsler (*WAIS; Wechsler Adult Intelligence Scale*) (D. Wechsler, 1967).

Aceasta constă în unsprezece subteste dintre care șase verbale și cinci nefăcînd apel la limbaj. Acestea sînt :

Scala verbală : 1) Informație, 2) Comprehensiune, 3) Aritmetică, 4) Similitudini, 5) Memoria cifrelor, 6) Vocabular.

Scala de performanță : 7) Cod, 8) Completare de imagini, 9) Cuburi (Kohs), 10) Aranjarea de imagini, 11) Asamblarea de obiecte. Această scală are o largă întrebuințare în clinică pretîndu-se la o serie întreagă de întrebuințări specifice anumitor scopuri diagnostice (diagnosticarea deficiențelor intelectuale, a deteriorării și a unor sindroame). Limitele acestei metode sînt date de faptul că factorul *cultură generală* și cel *verbal* intervin în 50% din probe. Pentru a măsura randamentul intelectual al unor persoane prezentînd ~~tulburări de limbaj~~, se foloseau teste neverbale de inteligență, cel mai cunoscut fiind Matricile progresive ale lui J.C. Raven (1960) ale cărui scoruri pot fi transformate în coeficienți intelectuali (C.I.) (L. Repan, 1968). Relativ recent, în țara noastră, G. Bontilă (1971) a adaptat și etalonat o serie de teste de aptitudini.

2.8. *Examinarea nivelului de dezvoltare mentală și a aptitudinilor intelectuale la copil*. Primele preocupări pentru elaborarea unei metode de diagnosticare a nivelului de dezvoltare mentală a copiilor în vederea orientării celor slab dotați spre școli speciale, îi aparțin lui A. Binet. În 1905, acesta publică în colaborare cu Th. Simon prima scală de evaluare a aptitudinilor intelectuale. În același timp, autorii au propus și sintetizarea performanțelor într-un concept aritmetic, de *vîrstă mentală*. Vîrsta mentală calculată pe baza reușitelor și eșecurilor la probele testului, era comparată cu vîrsta cronologică a copilului. Mai tîrziu, Stern a reunit aceste două noțiuni, elaborînd conceptul de *coeficient intelectual* (C.I.), folosit astăzi de toți psihologii. În 1916 Terman face prima revizie a *scalei Binet-Simon*, dînd naștere *testului Stanford-Binet*, larg întrebuințat pe parcursul mai multor decenii. Acesta a mai suferit, în decursul timpului, și alte revizii (a doua în 1937, iar a treia, apărută în 1960, după moartea lui Terman). De asemenea au fost efectuate două revizii pentru populația de limbă germană — a lui Probst (1948) și a lui Kramer (1954), precum și o revizie franceză făcută sub conducerea lui R. Zazzo (1967). Pornind de la testul Wechsler-Bellevue, precursor al *WAIS*-ului, a fost elaborată și o formă pentru copii, *WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)* (D. Wechsler, 1965).

Alte teste folosite pentru examinarea nivelului de dezvoltare intelectuală a copiilor sînt : 1) California First-Year-Mental Scale — se aplică între 1 și 18 luni. 2) Cattell Infant Intelligence Scale — se aplică între 2 și 30 de luni. 3) Gesell Developmental Schedules — pentru vîrsta de patru săptămîni pînă la 6 ani. 4) Griffiths Mental Development Scale — pentru copiii între 0—2 ani. La noi C. Zahirnic și colab. (1975) au experimentat o baterie de nivel intelectual pentru vîrsta de 6—10 ani.

3. Metode de investigație a personalității

Tehnicile destinate surprinderii tendințelor și structurii personalității se pot grupa în două mari categorii de metode vizînd diversele aspecte ale personalității, distingîndu-se două grupe aparte : *testele analitice* și *tehnicile proiective*.

3.1. *Grupa tehnicilor analitice* de examinare a personalității cuprinde : 1) metodele de observație; 2) chestionarele; 3) metodele obiective.

Metodele de observație cuprind — după P. Pichot (1960, p. 246) convorbirea, tehnicile sociometrice și scalele de evaluare.

a) *Convorbirea*. În ciuda caracterului empiric, nesistematizat, a dificultăților de cantificare și standardizare, precum și a puternicului grad de subiectivitate pe care îl presupune, convorbirea este totuși metoda cea mai răspândită, rezultatele ei fiind cel mai adesea considerate criteriul de verificare pentru alte metode. Principiile fundamentale sînt aceleași cu cele ale examenului clinic psihiatric și tind să se confunde cu acesta.

Rezultatele metodei depind în mare măsură de măiestria celui care o aplică, întrucît, în ciuda aparențelor, convorbirea nu e o metodă la îndemîna oricui, ea presupunînd unele aptitudini și o îndelungată experiență. Convorbirea constituie fără îndoială — spune R. Meili (1964, p. 144) — metoda psihologică cea mai complicată și cea mai dificil de însușit, presupunînd „o mare experiență și numeroase cunoștințe”. După opinia lui J. Piaget (*apud*. Ch. Nahoum, 1975, p. 43—44) ea este atît de dificilă, încît „presupune cel puțin unul sau doi ani buni de antrenament”. Utilizarea acesteia cere două calități principale: „să știi să observi” și „să știi să cauți ceva precis”.

În clinică metoda are o importanță deosebită, furnizînd prin relatările subiectului date anamnestice bogate, informații asupra trăirilor anterioare sau prezente, a atitudinilor și motivelor conduitelor acestuia; iar prin comportamentul din timpul convorbirii, ea oferă psihologului clinician prilejul de a culege o serie întreagă de date de observație (modificările de debit și de ritm verbal „mimica” verbală, coerența gîndirii, modificările mimico-gesticulare etc.) care, coroborate cu rezultatele obținute prin alte metode (chestionare, teste proiective etc.) pot contribui la stabilirea diagnosticului și a procedurilor terapeutice.

b) *Tehnicile sociometrice*. Acest grup de metode, cu un grad de obiectivitate crescut față de convorbire, aparține unei zone de intersecție între psihologie și sociologie, fiind preluate în ultimul timp și de psihologia clinică și folosite în cadrul terapiilor de grup. Examinarea structurii relațiilor interpersonale, sub denumirea de sociometrie, a debutat în 1934 și în aparține lui Moreno. Această metodă are la bază preferințele și respingerile reciproce ale membrilor unui grup în ceea ce privește desfășurarea în comun a diferitelor activități. Alegerile și respingerile permit elaborarea unei sociograme ale cărei structuri și variații pot constitui indicii psiho-diagnostice.

c) *Scalele de evaluare* se bazează pe aprecierea cantitativă a unui sau mai multor aspecte comportamentale ale unui subiect, de către un observator. Această metodă este în esență identică cu metoda observației clinice, oferind în plus posibilitatea cantificării rezultatelor.

S-au efectuat o serie întreagă de studii asupra validității acestei metode și asupra problemelor pe care le ridică. Astfel, s-a constatat că și personalitatea și educația observatorului influențează în mare măsură rezultatele, efectul „halo” intervenind adesea. De asemenea, s-a constatat că scalele de evaluare a unor trăsături comportamentale dau rezultate superioare celor ce încearcă să surprindă diferiți factori ai personalității, precum și că validitatea aprecierilor făcute asupra unor subiecți extravertiți este superioară celei a aprecierilor făcute asupra subiecților introverțiți (G. W. Allport, 1981, p. 421—235).

Chestionarele. Istoricul chestionarelor de personalitate începe în 1917 cu P.D.S. (Personal Data Sheet) al lui Woodworth, a cărui variantă modernă, cunoscută sub numele de W.M. (Woodworth — Matthews), este frecvent folosită și astăzi. Printre cele mai cunoscute și larg aplicate chestionare trebuie menționate: chestionarul de temperament Humm-Wadsworth, întemeiat pe concepția asupra personalității a lui Rosanoff, vizind șase caracteristici: normal, isteroid, depresiv, autistic, paranoid, epileptoid. În ciuda terminologiei psihopatologice, această scală este destinată examinării unor subiecți normali (Cf. J. Perse 1960).

În al doilea rând, trebuie menționat *testul 16 PF* (testul celor 16 factori de personalitate), al lui Cattell, validat prin metoda analizei factoriale și în legătură cu care un grup de cercetători români, experimentând pe un lot de o mie de subiecți, au elaborat un etalon experimental și un program de prelucrare a datelor la calculator (C. Zahirnic, A. Jula, C. Cotor, 1976).

Alte chestionare de largă circulație sînt: *scala de anxietate* a lui Cattell, chestionarul G.Z.T.S. (Guilford — Zimmerman Temperament Survey) și cele două chestionare ale lui Eysenck: *E.P.I.* (Eysenck Personality Inventory, 1964) și *E.P.Q.* (Eysenck Personality Questionnaire, 1975). Incontestabil însă, cel mai cunoscut, cel mai întrebuițat și probabil cel mai elaborat chestionar îl reprezintă M.M.P.I.-ul (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) al lui Hathaway și McKinley (1951).

Inventarul multifazic de personalitate Minnesota alcătuit de un psiholog, Starke Hathaway, și un psihiatru, J.C. McKinley, pentru a constitui un ajutor în diagnosticul clinic, a beneficiat de marea dezvoltare a psihologiei clinice americane din anii celui de-al doilea război mondial și din perioada imediat următoare. Astfel, bibliografia conținând cercetările și studiile privitoare la acest chestionar cuprindea în 1954 în jur de șapte sute de titluri și rata de creștere era de 100 noi titluri pe an (L.J. Cronbach, 1969).

Testul este alcătuit din 550 itemi constînd în tot atitea enunțuri afirmative sau negative pe care subiectul trebuie să le claseze în două categorii: adevărate și neadevărate, avînd posibilitatea însă și să le respingă, plasîndu-le într-o a treia categorie: „nu pot să spun”.

În vederea prelucrării și interpretării rezultatelor, testul are patru scale de validitate și zece scale clinice. Scalele de validitate sînt folosite pentru a verifica atitudinea subiectului față de text, sinceritatea și gradul de înțelegere a instrucțiunilor și a conținutului itemilor. Atunci cînd apar distorsiuni ale răspunsurilor, scalele de validitate le indică gradul și tipul.

— *Scala „nu pot să spun”*, desemnată grafic printr-un semn de întrebare (?), indică o reducere a validității scalelor clinice, atunci cînd scorul ei, egal cu numărul de itemi la care nu s-a dat un răspuns ferin, este peste zece.

— *Scala L* indică gradul de autoapărare, sau altfel spus, măsura în care, în mod conștient sau inconștient, subiectul vrea să facă impresie bună.

— *Scala K*. Scorurile ridicate la această scală (peste 60) sînt indiciul unei apărări excesive împotriva slăbiciunilor psihice. Scorul scalei K este folosit ca un indice de validitate și ca o corecție statistică pentru scalele clinice.

— *Scala F* încearcă să surprindă o atitudine opusă celei căreia se adresează scalele L și K. În locul tendinței de a minimaliza sau nega aspec-

tele patologice, aceasta înregistrează tendința de a le exagera. Bizareria și raritatea răspunsurilor la cei 64 itemi ale acestei scări pot constitui un indiciu de anormalitate (schizofrenii, depresii) dar pot indica și o intenție de a încurca rezultatele sau o simulare deliberată a unor tulburări mentale, în vederea obținerii unor avantaje.

Cele zece scale clinice, denumite inițial prin siglele unor sindroame, sînt desemnate în ultima vreme prin cifre arabe, reprezentînd numărul de ordine al scalei în profilul standard.

Scala 1 (Hs — Hipocondria). Subiecții care obțin scoruri ridicate la această scală sînt excesiv preocupați de starea sănătății lor acuzînd diverse suferințe somatice, resimțite de ei ca reale deși acestea nu au bază organică. Scorul ridicat nu indică în mod necesar prezența unui sindrom ipohondriac simptomele respective putînd fi întîlnite și în depresii, schizofrenii sau nevroze isterice.

Scala 2 (D = Depresie). Această scală înregistrează, cel mai adesea, scoruri ridicate la subiecții din clinica psihiatrică, ceea ce se poate explica prin faptul că o oarecare nuanță depresivă este comună majorității formelor de neadaptare. Scorurile ridicate la această scală indică moral scăzut, depresie, descurajare, sentimente de inutilitate și de respingere, insatisfacție și autocritică exagerată.

Scala 3 (Hy = Hysterie). Validată pe un grup de pacienți, prezentînd simptome ale isteriei de conversie, ca paralizii, paretezii, tulburări cardiace funcționale, itemii acestei scale vizează, pe de o parte, aria acuzelor somatice, iar pe de altă parte, domeniul conduitei sociale. Spre deosebire de itemii scalei 1, aceștia descriu acuze mai precise în anumite zone bine delimitate ale corpului.

Scala 4 (Pd = Deviație psihopatică). Scorurile ridicate la această scală sînt specifice unor indivizi cu deficiențe ale rezonanței emoționale, ale capacității de a învăța din experiență și ale conformării cu normele sociale. Cele mai frecvente abateri de la aceste norme fiind minciuna, furtul, abuzul de alcool sau consumul de droguri, desfrîul. Ei diferă de tipul criminal, în primul rînd prin faptul că nu urmăresc obținerea unui avantaj personal și nu se feresc să fie descoperiți, și în al doilea rînd, prin faptul că de obicei sînt persoane inteligente și agreabile.

Scala 5 (Mf = Masculinitate — feminitate). Această scală a fost construită pentru a surprinde trăsăturile de personalitate și interesele asociate cu inversiunea sexuală necontaminată de nevroze, și psihoze sau tendințe psihopatice. Itemii reflectă interese de tip feminin și anxietate sexuală.

Scala 6 (Pa — Paranoia). Grupul pe care a fost validată această scală a fost alcătuit din subiecți suspicioși, suprasensibili, cu idei de persecuție și grandoare. Scala încearcă să surprindă structurile paranoiace de la nivelul normalității, pînă la cel psihotic.

Scala 7 (Pt = Psihastenie). Termenul de psihastenie, desemnînd pacienți cu tulburări fobice și comportament compulsiv, este rar întrebuintat în nosologia modernă. Avînd în vedere marea variabilitate a simptomatologiei obsesivo-fobice, itemii acestei scale nu descriu simptome propriu-zise, ci trăsături ale personalității, ca : nehotărîre, ruminații anxioase, perfecționism rigid.

Scala 8 (Sc = Schizofrenie). În ciuda heterogenității simptomelor grupate în marea categorie nosologică a schizofreniilor, scala încearcă să surprindă unele caracteristici generale ca : percepția și gîndirea pato-

logică, izolarea socială, discordanța afectivă, halucinațiile și ideile delirante. Itemii se adresează atât pacienților psihotici, cât și persoanelor caracterizate printr-un comportament nonconformist sau impulsiv.

Scala 9 (Ma = Hipomanie). Această scală are în vedere hipertimia caracteristică bolnavilor maniacoali. Deoarece grupul pe care a fost validată scala era caracterizat de o simptomatologie mai puțin pregnantă, decât cea întâlnită la bolnavii cu diagnosticul de psihoză maniaco-depresivă, s-a folosit termenul de hipomanie. Itemii descriu trei trăsături fundamentale ale acestei categorii de bolnavi: hiperactivitatea, excitabilitatea emoțională și fuga de idei.

Scala 0 (Si = Introversie socială). Aceasta reprezintă o adăugire mai târzie, scala fiind validată pe un grup de femei fără probleme psihice și urmărind să distingă studentele izolate din punct de vedere social, de cele active. Itemii descriu fenomene de disconfort în societate, susceptibilități, preocupări anxioase.

Pe baza scorurilor obținute, aplicându-se corecțiile necesare, se elaborează profilul individual. Cu ajutorul acestuia și folosindu-se Atlasul M.M. P.I. (Hathaway și Meehl, 1951), psihologul clinician poate elabora o descriere a personalității subiectului examinat.

Dacă prin folosirea profilului individual și interpretarea rezultatelor pe baza asociațiilor scalare se elimină, cel puțin în parte, îndoielile care au apărut în timp cu privire la valoarea, în diagnosticul diferențial, a scalelor clinice, rămân totuși valabile o serie de critici, ca de ex. cele aduse de J. N. Butcher (1972). Acesta reclamă o reexaminare a structurii scalelor, avînd în vedere, pe de o parte, perfecționarea recentă a metodologiei de construire a acestora, și pe de altă parte, faptul că unele din „entitățile” clinice pe care s-au bazat inițial scalele M.M.P.I. sînt sau ieșite din uz, sau nerelevante pentru întrebuințarea curentă a probei (J. N. Butcher, 1972, p. 16). De asemenea, dacă folosirea scalelor de validare înlătură în bună parte obiecțiile aduse în general chestionarelor, cum ar fi posibilitatea subiectului de a minți sau de a înșela (P. Albou, 1973, p. 198 -- 199), altele rămîn valabile. Capacitatea de autoapreciere obiectivă, pe care se bazează în mare măsură chestionarele, putînd fi dezvoltată prin exercițiu (G. Zapan, 1984), validitatea rezultatelor obținute cu ajutorul lor poate să fie sporbită pe această cale.

Metodele obiective. Deși evoluția actuală a metodei chestionarelor tinde să crească gradul de obiectivitate al acestora, calificativul de „probe obiective” se acordă de obicei „unor teste analitice asemănătoare prin materialul lor, probelor de performanță” (P. Pichot, 1960, p. 251).

Ca exemple tipice pentru această categorie de metode, pot fi amintite *testele de nivel de aspirație*, elaborate pe baza cercetărilor lui Lewin și ale colaboratorilor săi. De asemenea, trebuie menționate o serie de teste de eficiență, care, printr-un sistem special de cotare, permit măsurarea unor trăsături ale personalității, cum ar fi: *labirintele Porteus* sau *testul de baraj Toulouse-Piéron*, modificat de Zazzo. Tot aici trebuie inserat și *diferențialul semantic* al lui Osgood. Această metodă concepută în vederea cercetării percepției, semnificației și atitudinilor mai curînd decît ca un test de personalitate, măsoară indirect conotațiile cuvintelor sau obiectelor. În cadrul demersului clinic, diferențialul semantic poate adăuga rezultatelor celorlalte metode informații asupra unor surse specifice de conflict.

Testul REP sau R.C.R.T. (Role Construct Reportery Test) al lui Kelly este folosit în vederea determinării modului în care un individ reflectă și interpretează lumea exterioară și interioară. Interpretarea rezultatelor acestui test se face de obicei prin analiza factorială. La noi, testul folosit de S. Marcus și colab. (1980, p. 34—53).

3.2. *Tehnici proiective*. Proiecția este definită ca mecanismul prin care subiectul expulzează din sine și localizează în exterior conținuturi psihice pe care le ignoră sau a căror apartenență la sine o respinge. Testele proiective au la bază ipoteza că acest mecanism intră în joc ca reacție la stimuli exteriori în interpretarea unor forme cu un anumit grad de ambiguitate și în alegerea unor imagini sau culori. Scopul metodelor proiective este surprinderea tendințelor profunde ale personalității în interrelațiile lor dinamice, adică a structurii personalității.

Fundamentele teoretice ale tehnicilor proiective se rezumă, după Bell (apud P. Pichot, 1960), la patru concepte privind natura personalității: a) personalitatea este un proces dinamic și nu unul static, ceea ce face necesare pentru explorarea sa instrumente capabile să oglindească acest aspect; b) personalitatea este explorabilă în pofida naturii sale dinamice, deoarece este structurată ca urmare a unei evoluții integrative; c) comportamentul individului este adaptativ, reprezentând rezultatul interacțiunii dintre structura personalității și mediu. Cunoscând doi din termenii acestei relații, și anume: stimulii, reprezentați de materialul testului, și comportamentul, reprezentat de reacțiile la test, se poate deduce cel de-al treilea termen, structura personalității. Problema este de a găsi stimuli și comportamente cât mai revelatoare; d) structura personalității este în mare parte inconștientă; comportamentul fiind determinat de ansamblul acestei structuri, tehnicile proiective pot explora componentele inconștiente.

Trei caracteristici principale ni se par a diferenția net metodele proiective de celelalte metode de explorare a personalității. Prima caracteristică o reprezintă multitudinea răspunsurilor posibile la un singur stimul dat. A doua caracteristică o reprezintă necesitatea de a ține cont, în interpretarea unui element comportamental, de alte elemente ale aceluiași comportament. Participarea contextului la interpretare este determinată de faptul că, în principiu, un anumit răspuns nu are o semnificație univocă. O a treia caracteristică o reprezintă faptul că subiectul nu este niciodată conștient de semnificația psihologică a răspunsului său. Anastasi (1969, p. 494) consideră instrumentele proiective ca procedee „deghețate” de testare, iar G.W. Allport (1981, p. 441), ca metode indirecte, „disimulate, oblice”.

Acest din urmă aspect îl considerăm de o mare specificitate și având un rol hotărâtor pentru succesul demersului clinic, dată fiind frecvența tendințelor simulative, disimulative și suprasimulative, la pacienții clinicii psihiatrice.

Dintre diferitele clasificări ale metodelor proiective, clasică este considerată cea datorată lui Frank și bazată pe criteriul utilizării funcționale: a) metode constitutive — subiectul trebuie să structureze și să organizeze un material nestructurat; b) metode constructive — subiectul are de construit structuri mai cuprinzătoare, pornind de la un material dat; c) metode interpretative — sarcina subiectului constă în a interpreta un material, având o semnificație efectivă; d) metode catartice — constând

în exteriorizarea unei reacții emoționale ca răspuns la un stimul; e) *metode refractive* — apreciind personalitatea individului, pe baza distorsiunilor unui mijloc convențional de comunicare socială.

O altă clasificare este cea propusă de Eysenck: a) *teste de completare* — subiectul trebuie să completeze un lanț asociativ, o frază sau o poveste, al căror început constituie stimulul; b) *teste interpretative* — sarcina constă în a interpreta, discuta sau alcătui o poveste, pornind de la un stimul; c) *teste de producție* — i se cere subiectului să deseneze sau să producă, într-o situație de joc, o construcție care urmează a fi cotate sau interpretată; d) *teste de observație* — subiectul este plasat într-o situație vag structurată, fiindu-i observat comportamentul.

Există și alte clasificări, dar nici una dintre acestea nu întrunește toate cerințele unei sistematizări științifice, ele neputând fi întrebuințate decît ca un îndreptar provizoriu.

L. J. Cronbach (1969) consideră testele Bender-Gestalt și Rorschach ca ilustrînd tipul *stilistic*, de metode, în care atenția examinatorului este concentrată asupra stilului subiectului de a trata o problemă, în opoziție cu testele *tematice*, în care interpretarea se concentrează asupra conținutului producției subiectului și care este ilustrat de T.A.T.-ul lui Murray. Autorul identifică această diferențiere cu cea existentă între chestionare de personalitate, ca cel al lui Guilford, care urmărește structura răspunsurilor și tehnicile de interpretare a semnificațiilor, ca diferențialul semantic. Categoriile de metode stilistice și tematice nu se exclud reciproc, putîndu-se atît identifica obsesii cu ajutorul Rorschach-ului, cit și observa stilul mental în T.A.T. Distincția rămîne însă valabilă în ceea ce privește majoritatea informațiilor pe care le oferă cele două tipuri de probe.

Testul interpretării petelor de cerneală, creat în 1921 de Rorschach, este — dintre metodele proiective — cel mai utilizat în clinică. El constă în zece planșe standardizate conținînd pete de cerneală alb-negru și color, simetrice față de mijlocul planșei și care sînt prezentate subiectului în ordine, de la 1 la 10, cu instructajul de a spune examinatorului cu ce seamănă, ce ar putea fi sau la ce-l fac să se gîndească. Timpul, ca și numărul de răspunsuri este nelimitat.

Deși planșele sînt prezentate subiectului în poziția standard, el este liber să le rotească. Răspunsurile sînt cotate în funcție de patru criterii: *aprehensiunea*, *determinantul*, *conținutul* și *originalitatea* sau *banalitatea* răspunsului. Pentru a ilustra modalitatea de cotare, vom opta pentru simbolurile folosite în limba franceză, care sînt mai frecvent întrebuințate în țara noastră.

Tipul de aprehensiune se referă la atitudinea perceptivă, la modul de receptare (globală sau fragmentară) a petei de cerneală. Dacă răspunsul se referă la pata în întregime, el va fi cotate prin simbolul *G* (global). Dacă se referă la un detaliu mai mare, va fi cotate cu *D*, iar dacă se va referi la un detaliu mic, va fi cotate ca *Dd*. Se mai întrebuințează simbolurile: *Db1* (detaliu alb), referitor la răspunsurile provocate de o zonă albă a planșei și *Do* (detaliu oligofren) pentru a desemna răspunsurile în care subiectul nu percepe ca întreg (ca detaliu mare, *D*) o anumită porțiune a petei de cerneală, care de obicei e percepută ca atare, ci detașează din aceasta doar unul din elementele conținutului ei (aceste răspunsuri constituind de fapt un semn al inhibiției afective, și nu al oligofreniei cum presupusesese inițial Rorschach).

Determinantul reprezintă forma, mișcarea sau culoarea care au provocat răspunsul. Simbolurile folosite sînt: pentru răspunsurile formă,

$F+$, atunci cînd este vorba de o „formă bună” (frecvență statistic) și $F-$ pentru „forme proaste” (rare din punct de vedere statistic și nepotrivite cu corespondentul grafic). Răspunsurile *culoare* se cotează FC , atunci cînd predominantă este forma, CF , cînd răspunsul este provocat în primul rînd de culoare, C , în cazul cînd referirea este doar la culoare și $Clob$ (clar-obscur), cînd răspunsul este provocat de jocul umbrei și luminii.

Răspunsurile *mișcare* sau *kinestezie* se cotează K , atunci cînd se referă la un om în întregime și k , atunci cînd se referă la un segment uman, la un animal sau la un obiect văzut în mișcare. În principiu, notarea cu simbolul K a unui răspuns trebuie să aibă la bază convingerea examinatorului că subiectul evocă o mișcare pe care a resimțit-o interior.

Conținutul este cel de-al treilea criteriu de cotare a răspunsurilor. Dintre simbolurile folosite: H , cînd conținutul este uman, A , cînd răspunsul desemnează un animal, Bot , pentru conținutul botanic, $Geog$, pentru cel geografic etc.

Al patrulea criteriu de cotare îl reprezintă originalitatea sau banalitatea răspunsurilor. Se consideră originale răspunsurile cu o frecvență de maximum 1%, cu condiția să fie un $F\pm$ (formă bună).

Aparatul statistic de prelucrare și tehnicile de interpretare a rezultatelor depășesc însă cadrul acestei lucrări, literatura referitoare la acest test însumînd aproximativ o mie de titluri. Sigur este faptul că testul Rorschach reprezintă cea mai controversată metodă de explorare a personalității.

Dificultățile legate de aplicarea lui decurg din marea sa complexitate și din dependența eficienței sale, de pregătirea și experiența celui ce-l aplică. „Valorile simptomatice fundamentale fiind relative și foarte complexe, se impune, pentru a asigura o corectă interpretare, atît mînuirea cu competență a testului, cît și cunoașterea condițiilor anamnestice — biografice — ale subiectului” (M. Cristescu, 1972 a, p. 173).

Valoarea și limitele acestei probe sînt conținute în afirmația conform căreia „evidențierea în rezultatul Rorschach a semnelor unei boli poate aduce un plus de certitudine diagnosticului corespunzător; absența acestor semne însă nu poate infirma diagnosticul clinic (G. Ionescu, 1970b).

Dintre tehnicile derivate din Rorschach trebuie amintite testul Z al lui Zulliger, precum și testul Holtzmann.

Testul de diagnostic pulsional al lui Szondi se bazează pe alegerea sau respingerea de către subiect a unor fotografii de bolnavi psihici, prezentate în șase serii de cîte opt. Testul permite elaborarea unui profil pulsional pe baza unei singure administrări, precum și stabilirea clasei pulsionale în urma a zece administrări succesive, în zece ședințe diferite. Testul destul de mult folosit în țara noastră ridică probleme datorită teoriei destul de complicată care îi stă la bază, caracterului desuet al imaginilor și slabei validități a unora dintre factori (E. Bagdy, A. Vargha, comunicare la Congresul de Psihol. aplic., München, 1978).

Alegerea culorilor este folosită ca mijloc diagnostic în testul piramida culorilor (Pfister — Heiss) și în testul culorilor al lui Lüscher. La noi, U. Șchiopu et al. (1976) au experimentat o nouă variantă a testului culorilor, adaptată pentru copiii preșcolari și școlarii mici.

Toleranța la frustrare este parametrul căruia i se adresează testul de frustrare al lui Rosenzweig (*Picture Frustration Test*).

Tehnici proiective constructive urmărind să determine geneza conflictelor sau a bolii. Caracteristica generală a acestor probe ce încearcă să stabilească originea conflictelor și a tulburărilor este faptul că scopul determină

modalitatea de interpretare. Materialul pe care îl furnizează testele, precum și „comportamentul subiectului în situația de examen sînt interpretate din unghiurile biografic, genetic, psiho- și socio-dinamic (W. Schraml, 1973). Această modalitate de interpretare poate fi desigur aplicată și testelor care de obicei sînt folosite în alte scopuri. Cel mai bine se pretează totuși acestui gen de interpretare testele proiective *tematice*.

T.A.T. (Thematic Apperception Test) al lui H. A. Murray (1950) solicită subiectului să interpreteze o imagine, alcătuită din poveste care să explice ce s-a întîmplat înainte și ce se va întîmpla după. Testul este format din 20 planșe cu imagini ambigue, neclare, pentru a provoca o stimulare nedeterminată. Răspunsurile sînt dictate de conflictele, experiențele, dorințele subiectului. Există și o formă pentru copii *C.A.T. (Children's Apperception Test)* în care figurile umane sînt înlocuite cu animale. În țara noastră T.A.T.-ul, utilizat adesea în examenele psihodiagnostice din clinicile psihiatrice, a fost întrebuintat și în unele cercetări, ca, de ex., cele asupra tulburărilor de comportament (M. Cristescu, 1972 b) și ca probă de imaginație (S. Marcus, 1971).

Tot aici trebuie amintite *sceno-testul* lui G. von Staabs *testul desenării unei persoane* al lui Machover, *testul arborelui* al lui Koch, *testul familiei* („desenează-ți familia sub formă de animale” al lui Gräser, precum și diferite variante și adaptări ale acestora.

4. Probleme ale psihodiagnosticului în funcție de domeniul clinic de aplicare

4.1. *Diagnosticul psihologic în psihoze.* Prima problemă care i se pune psihologului clinician este stabilirea prezenței sau absenței unei tulburări de gîndire.

Această problemă este cel mai adesea ridicată de psihiatru, atunci cînd tabloul simptomatologic pe care îl prezintă pacientul indică prezența unei nevroze, dar în același timp anumite particularități de gîndire sau comportament îl fac pe acesta suspect de a fi un caz limită (*borderline case*) sau un psihotic incipient. Problema deficitului intelectual și a deteriorării mentale a bolnavilor psihotici constituie de asemenea o problemă complexă și controversată. Printre instrumentele folosite de obicei pentru studiul deteriorării patologice amintim, indicele de deteriorare al lui Wechsler, testul de vocabular al lui Binois și Pichot, testul factorului general D48, testul Benton, precum și unele probe de organizare perceptivo-motrică cum ar fi figura complexă a lui Rey (J. Perse, 1972, p. 125—126).

În al doilea rînd, psihologul trebuie să stabilească prezența sau absența unor tulburări afective. Printre caracteristicile cele mai importante ale răspunsurilor la diverse probe, indicînd prezența unor tulburări afective, se numără: expansivitatea sau restrîngerea excesivă a răspunsurilor, dinamismul excesiv sau caracterul exclusiv static, predominanța răspunsurilor prea concrete sau prea abstracte, tendința de a face șoc-culoare la Rorschach.

Alte caracteristici ale răspunsurilor la testul Rorschach constituind semne psihopatologice sînt: după Rorschach, *G*-urile contaminate, numerele *F*- și refuzul, iar după Minkowska, vocabularul rațional, abstract, devitalizat și perceperea unor forme tăiate, disociate, izolate. T.A.T.-ul,

va evidenția : teme extravagante, interpretarea simbolică a unor detalii, teme de izolare, generalități vagi, incoerență, conținut arbitrar, bizarerii de limbaj.

De o mare importanță este stabilirea potențialului suicidal la pacienții depresivi. Apatia relațională de tip depresiv, agitația și impulsivitatea de orientare autodestructivă, discriminarea valorică deficitară între viață și moarte, și bineînțeles, ideea suicidală manifestă constituie indiciile principale ale unui potențial suicidal crescut. Iată câteva din trăsăturile personalității depresivului „endogen” : sensibilitatea exagerată, autoexigență excesivă, hiperșcrupulozitate, autodeprecieri, vinovăție marcată, introversiune exclusivă, conduită retractilă, lipsă de interes pentru ceilalți, aprobare masochistă a reproșurilor, anxietate implicită, disimularea tendinței suicidare (G. Ionescu, 1971 b).

O altă problemă pe care trebuie să o rezolve psihologul este diferențierea simptomatologiei psihotice, ținând de un episod acut cu debut recent, de cea încadrată într-o serie de episoade, ținând de o evoluție cronică. Indiciile pe care trebuie să le urmărească demersul psihodiagnostic sînt : descoperirea unui episod recent de panică sau anxietate acută, evidențierea unei deteriorări selective a funcțiilor intelectuale, surprinderea unei intensificări a activității defensive, mai ales a celei bazate pe mecanisme psihotice de apărare.

Aprecierea potențialului agresiv care se poate actualiza transformînd pacientul într-un pericol pentru ceilalți, intră de asemenea în atribuțiile psihologului clinician. Cîteva indici psihodiagnostici, desemnînd o astfel de situație, sînt : răspunsurile agresive cu conținut violent, desconsiderarea normelor sociale, prezența unor structuri de gîndire parano- iace latente, dublată de un slab control al impulsurilor.

O altă sarcină care este adesea pusă în fața psihologului clinician este cea a organicității unor psihoze. Cîteva dintre caracteristicile interesante din punctul de vedere psihodiagnostic al psihozelor organice sînt : caracterul mai pregnant disruptiv, confuzional decît defensiv, al manifestărilor psihotice și deteriorarea cognitivă specifică. Diagnosticarea organicității reprezintă o problemă ce poate fi abordată cu un număr destul de mare de metode. Amintim astfel testul Bender-Gestalt, scala de inteligență pentru adulți a lui Wechsler și testul Rorschach în legătură cu care trebuie făcută referință la semnele organice ale lui Piotrowski prezente în epilepsie. Aceste semne se referă la componenta organică a personalității epileptice, care „tinde să ocupe un loc mai important, atunci cînd deteriorarea mentală apare și se amplifică ” (J. Perse, 1972, p. 144).

4.2. *Diagnosticul psihologic în nevroze, psihopatii și maladii psihosomatice* a) *Nevroze.* Prima sarcină a psihologului clinician este stabilirea principalelor mecanisme nevrotice de apărare. Caracteristicile cele mai importante ale răspunsurilor la teste ce indică o preponderență a mecanismelor obsesionale (intelectualizarea) sînt : hiperobiectivismul, numărul mare de răspunsuri nesemnificative bazate pe detalii, prezența dubiilor, ambivalenței și perfecționismului, lipsa de receptivitate și chiar negarea semnificațiilor afective ale stimulilor.

La Rorschach apar următoarele semne : T.R.I ambiegal, numeroase *K* sau *k* de extensie ; *Dd* și *Dbl* ridicat ; posibile *Do* ; succesiune rigidă ; *F* + %100 ; *Hd* > *H* ; *Ad* > *A*, *R* poate fi ridicat ; șoc la roșu ; șoc *Clob*. La T.A.T. : descriere minuțioasă și chiar bizară a detaliilor planșelor ; fragmentarea povestirii, rigiditate ; critică la adresa planșelor, intelec-

tualizare excesivă cu dubiu și pedanterie în vocabular; ambivalență, indecizie (D. Anzieu, 1973, p. 125, 156).

La polul opus, indicind o dominare a mecanismelor de tip represiv isteric, se află următoarele caracteristici: impulsivitate, labilitate afectivă, anxietate latentă, manifestările de blocaj ideativ, simbolismul străveziu de natură inconștientă. Semne psihopatologice la Rorschach: T.R.I extratensiv; $K < 2$; șoc — culoare; $CF + C > FC$; $F + \%60-70$; $A\%$ (sau $A + A_{nat}\%$) ridicat. La T.A.T. apar: interpretări încărcate de afectivitate, exclamații asupra caracterului dezagreabil al planșelor, blocaj (*ibidem*, p. 125, 155).

O a doua problemă este stabilirea zonelor conflictuale ale pacientului. Acestea răzbat în comportament prin apărări repetate și rezistențe, precum și prin exprimarea intensă și repetată a unor sentimente contradictorii și prin supraîncărcarea unor conținuturi.

Pentru a stabili prognosticul psihoterapeutic, demersul psihodiagnostic trebuie să aibă în vedere: fluenta verbală, toleranța la anxietate, contactul social și eficiența pacientului în activitățile neafectate de nevroză.

b) *Psihopatii*. Principalele probleme legate de această categorie sînt: diagnosticul diferențial al tulburărilor de caracter de tip nevrotic (așa-numitele nevroze de caracter) și al tulburărilor de caracter de tip regresiv, bazate pe o dezvoltare disarmonică a personalității (cunoscute și sub numele de sociopatii sau personalități pasiv-agresive) și evaluarea diminuării randamentului social al pacientului.

c) *Maladii psihosomatice*. În acest domeniu, care reprezintă o cuccire recentă a psihologiei clinice, există evident o specificitate a problematicii psihodiagnostice determinată de tipul maladiei psihosomatice avute în vedere. Cîteva probleme generale pot fi însă amintite. Astfel, psihologul trebuie să aibă în vedere relația tulburare somatică-tulburare psihică pentru a stabili gravitatea reacției psihopatologice și evoluția în timp a acesteia, trebuie să elaboreze diagnosticul diferențial al nevrozelor posttraumatice și să stabilească problematica psihologică semnificativă relativ la boala somatică.

4.3. *Diagnosticul psihologic în clinica de neurologie*. B. Pope și W. H. Scott (1967) consideră că cele două probleme principale pe care trebuie să le rezolve psihodiagnosticul clinic în acest domeniu sînt stabilirea gradului de deteriorare intelectuală și a funcțiilor personalității afectate de disfuncțiile sistemului nervos central.

Funcțiile intelectuale care trebuie explorate sînt: organizarea perceptivă și cordonarea senzoriomotorie (Bender-Gestalt și cuburile Kohs), gîndirea și memoria (WAIS, scala de memorie Wechsler, teste de sortare) și limbajul (depistarea afaziilor expresive și receptive).

Legat de stabilirea funcțiilor personalității afectate de disfuncțiile S.N.C., se pune problema diagnosticului diferențial al tulburărilor funcționale și al celor cu bază organică, precum și problema evaluării ponderii factorilor etiologici, funcționali și organici, iar pe această bază aprecierea gradului de recuperabilitate.

Bibliografie

- Albou, P., *Les questionnaires psychologiques*, Paris, P.U.F., 1973.
Alexandru, S., *Laboratorul de psihologie clinică*, București, Edit. științifică și enciclopedică, 1975.

- Allport, G. W., *Structura și dezvoltarea personalității*, București, Edit. didactică și pedagogică, 1981.
- Anastasi, A., *Psychological testing*, New York, Macmillan, 1969.
- Anzieu, D., *Les méthodes projectives*, Paris, P.U.F., 1973.
- Bontilă, G., *Aptitudinile și măsurarea lor*, București, Centrul de documentare al Ministerului Muncii, 1971.
- Butcher, J. N., *Personality assessment: Problems and perspectives*, in *Objective personality assessment: Changing perspectives* (ed. J. N. Butcher), New York, Academic Press, 1972, p. 1—20.
- Cosmovici, A., *Metode de investigare a personalității*, în *Probleme fundamentale ale psihologiei* (coord. B. Zörgö), București, Edit. Academiei, 1980, p. 115—126.
- Cristescu, M., *Testul Rorschach și elemente de structură a personalității*, în *Metode pentru cunoașterea personalității* (coord. A. Cosmovici), București, Edit. didactică și pedagogică, 1972, p. 146—177.
- Cristescu, M., *Testul T.A.T. și tulburările de comportament*, în *Metode pentru cunoașterea personalității* (coord. A. Cosmovici), București, Edit. didactică și pedagogică, 1972, p. 178—203.
- Cronbach, L. J., *Essentials of psychological testing*, New York, Harper, Row, 1969.
- Delay, J., Pichot, P., Perse, J., *Méthodes psychométriques en clinique*, Paris, Masson, 1966.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G., *Manual of the Eysenck Personality Inventory*, London, University of London Press, 1964.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G., *Manual of Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*, London, University of London Press, 1975.
- Harrower, M., *Differential diagnosis*, 1965, apud W. J. Schraml, 1973.
- Hathaway, S. R., Meehl, P. E., *An atlas for the clinical use of MMPI*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1951.
- Ionescu, G., *Investigația psihologică în practica medicală*, „Viața medicală”, 1970 a, vol. XVII, nr. 17, p. 771—776.
- Ionescu, G., *Explorarea personalității în clinică*, „Viața medicală”, 1970 b, vol. XVII, nr. 18, p. 845—852.
- Ionescu, G., *Particularități psihopatologice ale stărilor depresive „endogene” și nevrotice, evidențiate prin tehnici proiective*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia”, 1971, vol. XVI, nr. 5, p. 415—430.
- Marcus, S., și colab. *Stiluri apreciative*, București, Edit. Academiei, 1980.
- Meili, R., *Manuel du diagnostic psychologique*, Paris, P.U.F., 1964.
- Murray, H. A., *Manuel du „Thematic Apperception Test”*, Paris, Ed. du Centre de Psychol. Appliquée, 1950.
- Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. M. Reuchlin), vol. 2, Paris, P.U.F., 1973, p. 111—161.
- Nahoum, Ch., *L'entretien psychologique*, Paris, P.U.F., 1975.
- Perse, J., *Collaboration du psychologue au dépistage et au diagnostic des maladies mentales*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. M. Reuchlin), vol. 8, Paris, P.U.F., 1972, p. 109—147.
- Pichot, P., *Méthodes d'investigation de la personnalité*, in *Traité de psychologie appliquée* (red. H. Pieron), vol. 1, Paris, P.U.F., 1960, p. 243—267.
- Pope, B., Scott, W. H., *Psychological diagnosis in clinical practice*, New York, Oxford University Press, 1967.
- Radu, I., *Principii metodologice în elaborarea și utilizarea probelor psihologice*, „Rev. psihol.”, 1, 1976.
- Raven, J. C., *Guide to the Standard Progressive Matrices*, London, Lewis, 1960.
- Repan, L., *Ravenova skuska pre dospelych*, Bratislava, Psychodiagnostica, 1968.
- Rey, A., *L'examen clinique en psychologie*, Paris, P.U.F., 1970.
- Rorschach, H., *Psychodiagnostic*, 4-e éd., Paris, P.U.F., 1967.
- Roșca, M., *Valoarea și limitele metodelor de diagnostic al personalității*, „Rev. psihol.”, 1, 1971.
- Roșca, M., *Metode de psihodiagnostic*, București, Ed. did. și pedag., 1972.
- Schraml, W. J., *Précis de psychologie clinique*, Paris, P.U.F., 1973.
- Șchiopu, U., *Introducere în psihodiagnostic*, Universitatea București, 1970.

- Șchiopu, U., Gârboveanu, M., Verza, E., *Psihodiagnoza personalității prin teste proiective de culoare*, „Rev. psihol.”, nr. 2, 1976.
- Wechsler, D., *La mesure de l'intelligence de l'adulte*, Paris, P.U.F., 3-e éd., 1967.
- Wechsler, D., *Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants*, Paris, Ed. du Centre de Psychol. Appliquée, 1965.
- Zahraie, C., Jula, A., Gotor, C., *Personalitatea abordată matematic de către R. B. Cattell. Metode de prelucrare la calculator a datelor. Un etalon experimental românesc*, București, Edit. Litera, 1976.
- Zahraie, C. și colab., *Cercetare în vederea alcătuirii unei baterii de nivel intelectual pentru vârsta de 6—10 ani*, „Rev. psihol.”, 2, 1975.
- Zapac, Gh., *Cunoașterea și aprecierea obiectivă a personalității*, București, Edit. științifică și enciclopedică, 1984, p. 293—330.
- Zazzo, R., Gilly, M., Verba-Rad, M., *Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence* (2 vol.), Paris, Colin, 1967.
- Zörgö, B., *Criteriile unui test științific*, „Rev. psihol.”, 1, 1971.

CONȚINUTUL PSIHOLOGIC AL DIAGNOSTICULUI CLINIC

Dificultățile medicinei și psihologiei în delimitarea și definirea stării de sănătate apar și în negativul situației, și anume, în analiza stării de boală în general și a diagnosticării bolii în cadrul fiecărui domeniu clinic, în special. Această analiză se impune întrucât, deși sub unghiul observației curente și al aprecierii empirice boala este mai evidentă și mai concretă decât sănătatea, actualmente se consideră că „sensul bolii este mai puțin evident decât se pare” (D. V. McQueen, 1978, p. 8), fapt ce aduce în discuție sistemul diagnostic al bolii, analiza criteriilor acestui sistem, ca și a gradului de izomorfism între elementele sale și aspectele clinice reale. De asemenea, este necesar a analiza nu numai corespondența diagnosticului cu realitatea clinică ci și confirmarea lui practică, fapt care-i asigură validitatea, conferind conținutului său sensul semantic adecvat și utilitatea *.

1. Epistemologia clinică și validitatea diagnostică

Modelul medical tradițional a impus maniera de investigație și cunoaștere a bolii, demersul inductiv călăuzind analiza clinică, univoc orientată spre concluzia diagnostică. Aceasta s-a impus în activitatea practică a medicilor ca un atribut axiomatic și ca un țel inerent al cunoașterii bolii. Ideea diagnosticului a marcat gândirea clinicienilor întrucât, încă de la începutul studiilor, a acompaniat instrucția și formarea lor profesională. Dacă obsesia diagnosticului este, printre medici, generală, instrucția și formarea lor medicală este însă neunitară, inegală, diversitatea lor fiind în funcție de variabile personale și conjuncturale. Aceasta întrucât, „sintem adeptii unor anumite orientări clinice, ai unor anumite teorii patogenice și sisteme diagnostice, nu numai în funcție de conținutul lor, ci și de modul în care acestea au fost învățate, de măiestria și argumentarea cu care ne-au fost prezentate, de condițiile avute spre a le găsi o aplicabilitate, precum și de particularitățile noastre de personalitate” (G. Ionescu, 1981, p. 53).

Aceste variabile au implicații nu numai asupra procesului elaborării și formulării diagnostice, ci și asupra accepțiunii acordate noțiunilor semio-logice, conferindu-le un conținut semantic nuanțat de la un specialist la altul. Variabilitatea semnificației simptomelor și investirea ca diagnostic a unei fenomenologii clinice este mai puternic implicată în stările patologice de mai mică amplitudine clinică, în perioadele de debut sau în fazele de remisiune ale diverselor afecțiuni. Sesizarea și distincția elementelor patologice ale acestor condiții au o importanță bine cunoscută, știut fiind

* *Diagnostic* (gr.) *diagnoskein*: *dia*, prin; *gnosis*, cunoaștere; cunoașterea bolii prin analiză clinică.

că semnificația diagnostică a unei fenomenologii clinice nu este în relație cu intensitatea manifestării sau cu dramatismul prezentării sale. Această constatare primește un accent mai ferm în condițiile medicinei actuale în care, datorită mijloacelor terapeutice, amplitudinea și dramatismul manifestărilor acute diminuează în favoarea prelungirii evoluției lor.

Într-adevăr, criteriile tradiționale de validare a bolii care se înscriu în sistemul diagnostic actual au în vedere mai ales *boala acută* care : — se bazează pe o distincție relativ limpede față de normalitate ; — evidențiază o anumită procesualitate (cu modalități de debut, curbe de evoluție și forme de remisiune relativ predictibile) ; — prezintă un tablou clinic alcătuit din elemente semiotice evidente, relativ concrete și cu valoare generală, care printr-o înmănunchere specifică alcătuiesc sindroamele, veritabile trepte epistemologice și instanțe dialectice ale raționamentului clinic spre elaborări diagnostice.

Universul patologiei actuale este însă schimbat (în virtutea unor clarificări etiologice dar mai ales prin intervenția unor noi mijloace terapeutice), morbiditatea fiind dominată nu de bolile acute, ci de *bolile cronice*. În numeroase cazuri, printr-o orientare clinico-terapeutică adecvată, viața pacientului este salvată dar boala nu este total și ireversibil înlăturată. Astfel, sporește aria patologiei cronicității, caracterizată printr-o fenomenologie clinică discretă dar de lungă durată, vag evidențiată, în general estompată ; ea nu mai corespunde modelului tradițional al bolii, ceea ce impune o restructurare și o reconceptualizare a diagnosticului.

2. Diagnosticul medical și supoziția etiologică

Criteriile veridicității oricărei taxonomii nosografice ca și elementele esențiale ce fundamentează sistemele diagnostice sînt argumentele etiologice. Element princeps de la care trebuie să pornească o clasificare și punct forte în orice sistematizare, cunoașterea cauzală în medicină oferă posibilitatea orientărilor terapeutice și a prezumțiilor prognostice.

Problematica etiologiei are însă izvoare adînci, dincolo de domeniul patologiei, găsindu-și sorgintea pe terenul fiziologiei și psihologiei, unde vizează studiul condițiilor care asigură modul de funcționare a organismului. Pe un plan superior, condițiile fiziologice îmbracă aspectul trebuințelor a căror satisfacere cheazășiuește sănătatea, privită nu numai în plan fiziologic, ci și sub unghi psihologic. În felul acesta, trebuințele se înscriu într-un sistem taxonomic, conform unui criteriu axiologic, de la trebuințele elementare, biologice, la cele psihologice, sociale și chiar morale. În felul acesta, analiza trebuinței implică un element de valoare, insuficient analizat pînă acum în medicină datorită limitelor cunoașterii în domeniul etiologiei ; pe măsura aprofundării și îmbogățirii cunoașterii cauzalității se poate realiza însă o anumită corelare a informației obiective, cauzale, cu criteriile valorice fundamentale.

În stadiul actual al cunoștințelor medicale asupra etiologiei se constată însă că :

— cele mai multe entități clinice (exceptînd bolile infecțioase) deși bine delimitate și diagnosticate nu au o etiologie cunoscută iar obscuritatea din domeniul cunoașterii cauzelor se răsfrînge asupra validității diagnosticelor întrucît, nici o diagnosticare sau sistematizare nu prezintă o reală valoare dacă nu este bazată pe criterii cauzale ; aceasta, întrucît

o nosografie bazată pe criterii semiologice, respectiv fenomenologice, este susceptibilă de confuzii datorită slabei specificități simptomatologice; astfel, elemente semiotice ca : febra, cefaleea, durerea, dar și constante biologice ca leucocitoza, viteza de sedimentare a hematiilor etc. nu prezintă o specificitate nosografică și numai cu rezerve pot fi folosite în supoziția diagnostică. Din considerente similare pot fi confundate manifestările de debut ale diverselor boli, ca și formele clinice ușoare ale unor boli, în esență severe, cu manifestările ample ale unor afecțiuni lipsite de gravitate ;

— incertitudinile din aria etiologică și slaba validitate diagnostică împiedică elaborarea unor criterii evolutive sau a unor aserțiuni cu valoare prognostică ;

— nedescifrarea etiologiei impietează asupra terapiei care, în ciuda numeroaselor substanțe farmacologice imitate, își menține caracterul nespecific, predominant simptomatic și periferic procesului patologic.

3. Diagnosticul medical și paradigmele patogenetice

Postulînd existența tulburării într-un anumit loc din organism, diagnosticul medical beneficiază de consecința terapeutică ce preconizează neutralizarea fenomenului morbid pentru a favoriza sau realiza vindecarea. Această situație se întâlnește de cele mai multe ori în medicina internă dar și în alte domenii medicale, ca dermatologia sau oncologia. Astfel, prin administrarea unor substanțe alcalinizante se poate neutraliza hiperclorhidria, ameliorîndu-se o gastrită hiperacidă ; un pansament gastric asociat cu medicație antalgică poate remite un puseu ulceros ; de asemenea, medicația betablocantă, antiagregantă sau coronarodilatatoare poate avea un efect salutar în cardiopatia ischemică. În alte condiții însă, acțiunea terapeutică vizează eliminarea focarului patologic, fenomen întâlnit în specialitățile chirurgicale.

Datorită acestei situații, unii clinicieni consideră că boala este sinonimă cu leziunea sau cu destructurarea organică, uneori, desigur, microscopică. Acest punct de vedere poate fi constatat și în definițiile asupra bolii în care leziunea constituie genul proxim, iar fenomenologia clinică, diferența specifică.

Menționăm faptul că și patologia psihică a căutat să se conformeze acestui model patogenetic, unii psihiatri postulînd că „boala există numai din punctul de vedere somatic, corporal și orice manifestare psihică anormală devine boală în măsura în care prezintă un substrat organic incontestabil. În afară de această constatare, a numi boală orice fenomen psihopatologic este un fel nesănătos de a te pierde în metafore” (K. Schneider, 1962, p. 94). În virtutea acestui principiu, autorul prezintă o taxonomie a manifestărilor psihiatrice în care majoritatea entităților nosografice, lipsite de un substrat organic sînt considerate ca „variante anormale ale existenței psihice”. Pentru cei mai mulți psihiatri acest punct de vedere este surprinzător, întrucît pune sub semnul întrebării existența, ca boli, a principalelor entități nosografice cărora, pînă acum, nu li s-a evidențiat un substrat organic. Cu toate că nu a fost adoptat, acest ipotetic punct de vedere ar putea fi confirmat în viitor cînd progresele etiopatogenice vor evidenția fundalul organic, respectiv biochimic, al bolilor psihice.

Acest mod de abordare, desigur extrem, absolutizează *organogeneza* bolilor, postulind că numai tulburarea determinată de un proces organic sau de consecințele lui funcționale întrunește atributele noțiunii de boală.

La cealaltă extremă se polarizează opiniile care absolutizează *psihogeneza* și consideră că „boala în sine îmbracă o semnificație care nu are nimic comun cu mozaicul leziunilor și simptomelor... la care a fost adesea redusă” (J. de Ajuriaguerra, 1974, p. 154). Pentru adepții acestui punct de vedere, boala, determinată de situații conflictuale, psihotraumatizante sau frustrante, este considerată drept „conduita omului care suferă dezorganizarea funcțiilor sale”.

Desigur, leziuni organice, modificări biochimice sau enzimaticе, pot determina o perturbare a funcțiilor fiziologice, fie în mod direct, fie în mod indirect, prin conștientizarea stării de boală. Sub unghi opus, factorii psihotraumatizanți din mediu (în funcție de intensitatea, durata și semnificația lor) pot determina, la anumite persoane, stări nevrotice sau boli psihosomatice bine constituite. Dacă în prima categorie manifestările clinice sînt, sub aspect patogenic, mai clarificate, mai ușor diagnosticate și terapeutic mai eficiente influențate, afecțiunile din a doua categorie, deși mai frecvent întîlnite, sub aspect patogenic sînt încă neelucidate, sînt mai vag diagnosticate, iar terapeutic mai greu controlate.

4. Diagnosticul medical și consensul sociocultural

Faptul că nu există o definiție unanim acceptată a stării de sănătate și nici o delimitare între boală și normalitate, sporește dificultățile edificării diagnostice și ale încadrării nosografice.

În urma unei analize asupra studiilor de specialitate și a investigării opiniei clinicienilor am constatat că nu se face o distincție și o delimitare între *boală*, *deviere* de la normal și *anormalitate*, noțiunile respective folosindu-se ca sinonime sau în același context; astfel, se consideră că „prin anormalitate, deviere comportamentală ori maladie, înțelegem o schimbare survenită în modul obișnuit de a trăi al unui individ, atît din punct de vedere biologic, cît și intelectual sau emoțional” (A. Scoppa, 1972, p. 60).

În virtutea considerentelor amintite precizăm că noțiunea de *anormalitate* tinde să părăsească domeniul medicinei organice fiind înlocuită cu noțiunea de *lezional* și respectiv *disfuncțional*. Restrîngîndu-și aria utilizării din domeniul somatopatologiei, noțiunea de anormalitate își organizează conținutul și se extinde în domeniul psihopatologiei; astfel, ea vizează în special comportamentul iar în accepție jaspersiană exprimă dezvoltarea psihică patologică de natură să transforme persoana de-a lungul istoriei sale într-un mod comprehensibil. Spre deosebire de anormalitate, noțiunea de *boală* se referă în mod esențial la o anumită *procesualitate* care creează un hiatus și o denivelare (evidente și incomprehensibile) în continuitatea existenței insului.

Sub alt unghi, considerăm că normalitatea tinde a se institui ca o noțiune de fundal, în timp ce boala, ca fapt individual, implică întotdeauna un aspect procesual. Astfel, anormalitatea se referă în primul rînd la structura și organizarea psihică, în timp ce boala vizează procesul morbid căruia îi determină modelarea diagnostică. Totodată, anormalitatea se evidențiază de cele mai multe ori prin tulburări ale comportamentului și conduitei

care, prin esența și fenomenologia lor, au implicații sociale, în timp ce boala se edifică printr-o procesualitate care o înscrie în domeniul patologiei medicale. De aceea, se consideră că nu numai boala, ci și anormalitatea (ca dealtfel și starea de sănătate) nu pot fi corect studiate și realist apreciate decât în contextul relațiilor socioculturale. În același timp, condițiile amintite nu pot fi înțelese în mod abstract, ci numai „în funcție de norme culturale, de expectațiile și valorile societății, de interferențe profesionale, de diferențe individuale și de climatul social al vremii care stabilește gradul de toleranță față de devianță. (D. Offer și M. Sabshin, 1975, p. 463). Evaluarea și validarea stării de sănătate, de boală și de anormalitate depind de asemenea de unghiul sub care sînt analizate, respectiv al *insului* care prezintă condiția clinică (abordarea *idiografică*) sau a *grupului* căruia pacientul îi aparține (abordarea *nomotetică*).

Abordarea idiografică și elaborarea diagnostică aparține dezvoltării științifice a medicinei și corespunde vechiului dicton hipocratic după care trebuie avut în vedere bolnavul și nu boala, pe care cel în cauză o dezvoltă într-o manieră personală.

Menționăm însă faptul că abordarea idiografică, bazată pe o epistemologie individuală, se află actualmente în umbra unui empirism individualizat întrucît criteriile sănătății și bolii sînt în funcție nu numai de „vîrstă, sex și dispozițiile înnăscute ale individului”, și „de condițiile sociale și ale mediului cultural în care individul a fost crescut și trăiește în prezent” (H. R. Ahrenfeldt, 1966, p. 2). Astfel, în anumite medii socioculturale, o discretă leziune sau o ușoară perturbare funcțională este apreciată ca boală și diagnosticată, ceea ce implică necesitatea de a fi tratată; dimpotrivă, în alte medii socioculturale, perturbări clinice manifeste sau afecțiuni evidente sînt minimalizate sau ignorate, neglijîndu-se necesitatea validării diagnostice și a intervenției terapeutice.

Orientarea nomotetică, în antiteză cu abordarea idiografică, constituie expresia aserțiunilor amintite, înscriindu-și ca deziderat cercetarea influenței sociale asupra evoluției insului sănătos sau bolnav. Considerăm că abordarea nomotetică oferă o imagine mai clară asupra unității dialectice dintre aspectele normale și patologice, ambele aflate sub puternice influențe socioculturale și modelate de sistemul de valori al grupului și epocii. Tocmai de aceea, „multe manifestări particulare care pot fi considerate ca patologice într-o țară, sînt acceptate în altă țară sau intră în cadrul obiceiurilor” (J. de Ajuriaguerra, 1974, p. 153). Desigur, obiceiurile, cunoștințele și credințele unui grup social nu influențează doar noțiunile, ci și atitudinile membrilor grupului față de stările designate și diagnosticate. Aceasta ilustrează că atît starea de sănătate sau de boală, cît și diagnosticele consemnate nu pot fi considerate numai la nivelul insului luat izolat, ci sînt validate la nivelul grupului social în care el se află integrat.

5. Caracterul epistemic al examinării și axioma diagnosticării

Predominant anatomo-fiziologică, vizînd modificarea organică sau perturbarea biochimică, examinarea clinică tinde să devină exclusiv somatică, limitîndu-i-se pînă la anulare componenta psihologică și dimensiunea anamnestică. Mai ales în instituțiile medicale dotate cu o bogată și complexă aparatură, modul clasic de examinare și procesul de diagnosticare

capătă un caracter de tehnicizare. Datorită acestui fapt, anamneza clasică, ce respecta și valoriza personalitatea pacientului, este astăzi reorientată de la analiza clinică și longitudinal-istorică la cercetarea biochimică, radiologică, bioelectrică.

Laborioasa și sofisticata investigație paraclinică, efectuată în scopul aprofundării cunoașterii și promptitudinii diagnosticării, se desfășoară, în majoritatea cazurilor, fără cunoștința bolnavului — examenul clinic dialogat fiind astfel deturnat, prezentându-se ca un dialog între medic și aparat. În felul acesta, bolnavul se consideră minimalizat, ignorat, ipostaziat ca obiect care este explorat, manipulat, eventual experimentat; din punct de vedere moral el se simte prejudiciat. Sub alt unghi, actul însuși al diagnosticării accentuează imaginea prejudicierii. De fapt, prin această delimitare a procesului morbid, medicul realizează un proces de diagnosticare a bolii și nu a persoanei bolnave; el stabilește un *diagnostic nosologic*, care nu este superpozabil cu cel *personologic* (întrucât a spune „aveți ulcer” nu personalizează boala ca în apelativul „sînteți ulceros”). Prejudiciul moral al diagnosticării poate fi însă ameliorat prin maniera examinării.

5.1. *Instanțe epistemologice ale diagnosticului clinic.* Demersul investigației cuprinde anumite instanțe sau etape ale unui proces epistemologic ce conduce, în final, spre diagnostic, sinteză a datelor oferite de pacient, precum și a cunoștințelor clinicianului.

Prima etapă a procesului diagnostic este *simptomatologică* (semiotică, predominant analitică), fiind ilustrată prin selectarea și abstragerea datelor semnificative din trei arii de cunoaștere: a relatării, a examinării și a investigației. Pe baza acestui ansamblu informațional „clinicianul este acela care evaluează, cîntărește valoarea pentru diagnostic a fiecărei date clinice sau de laborator” (M. Voiculescu, 1972, p. 482). Această primă etapă este de culegere selectivă și de inventariere descriptivă a elementelor semiotice și paraclinice, fiind totodată preponderent obiectivă.

În a doua etapă are loc un proces de ierarhizare a datelor și de sesizare a semnificației lor patologice, printr-un efort de sinteză și esențializare, în care contribuția clinicianului, prin experiența, informația și intuiția lui, este decisivă. Dacă prima etapă aparține în mare măsură faptelor și datelor, fiind predominant obiectivă, aceasta aparține judecății clinice, fiind esențial subiectivă. Astfel, din ansamblul informațiilor medicul desprinde elementul semnificativ al situației clinice ilustrat de cele mai multe ori sub forma unui simptom, care prin specificul său relevă natura ansamblului semiotic; este *etapa sindromologică* a procesului epistemologic ce face posibilă orientarea terapeutică. Denumirea sindromului este în funcție de zona anatomică interesată (ex. sindrom extrapiramidal, sindrom de neuron motor periferic), de elementul fiziopatologic sau metabolic dominant (sindrom de insuficiență circulatorie cerebrală, sindrom hemoragipar, sindrom dispeptic, sindrom hipoanabolic) sau de însăși denumirea simptomului caracteristic (sindrom pruriginos, sindrom depresiv, sindrom obsesiv etc.).

Această instanță a demersului diagnostic a fost criticată de unii clinicieni întrucît „sindroamele nu permit nici o indicație cu privire la raporturi certe față de corelații etiopatogenice, în sensul că factorii causal-genetici nu sînt cuprinși în particularitățile sindroamelor... această teză fiind valabilă atît pentru cauzele somatice ale bolilor, cît și pentru cauzele psihice și sociale” (K. Weise, 1971, p. 62).

Într-adevăr, deși orientativ sub aspect terapeutic, sindromul nu are specificitate etiologică și nici patogenică, ci eventual clinică, fenomenologică; astfel, același sindrom poate fi întâlnit în afecțiuni de natură diferită și numai în anumite situații el poate prezenta particularizări nosografice.

În unele afecțiuni sau pentru unii medici, această a doua instanță a raționamentului clinic este scurtcircuitată, diagnosticul fiind evident încă din etapa inițială a analizei semiotice. Uneori, în funcție de domeniul clinic, simpla inspecție sau observație evidențiază diagnosticul, alteori însă, diagnosticul nu poate fi precizat sau este în mod eronat formulat chiar după parcurgerea minuțioasă a celei de-a treia instanțe a judecății clinice, elucidarea lui aparținând anatomiei patologice.

Primele două etape ale procesului de diagnosticare, semiologică și sindromologică, realizează *secțiunea transversală* a actului epistemologic medical. A treia instanță a acestuia presupune o analiză istorică, personală și eredofamilială, care ilustrează *secțiunea longitudinală*. Precizăm faptul că numai prin analiza atentă a apariției și evoluției manifestărilor clinice în ansamblul condițiilor favorizante (iar când este posibil, a elementelor etiologice determinante) se poate accede la cea de-a treia instanță, aceea a *diagnosticului*.

Elementul esențial al celei de-a treia instanțe diagnostice îl constituie *anamneza* care vizează nu numai evoluția manifestărilor clinice, ci și analiza istoriei insului, a vieții sale în ansamblu. Dacă în afecțiunile chirurgicale urmărirea istoriei bolii este în mare măsură orientativă pentru diagnostic, în bolile psihosomatice ea este slab predictivă, aici personalitatea și subiectivitatea pacientului aducând clarificarea decisivă.

6. O premisă a diagnosticării : aptitudinea ascultării

În medicina clinică actuală, angajată în amplul proces al tehnicizării, odată cu minimalizarea examenului anamnestic a fost redusă, iar uneori exclusă, disponibilitatea ascultării. Ignorată în cadrul instrucției și formării medicale, ascultarea este tot mai puternic limitată, fiind uneori eliminată din cadrul activității clinice; minimalizându-i valoarea, medicul abandonează ascultarea nu numai ca mijloc de diagnosticare, ci și ca aptitudine clinică, necesară în procesul de relaționare.

De fapt, ascultarea poate fi analizată sub trei aspecte: — ca solicitare a pacientului în nevoia lui de relaționare; — ca disponibilitate fizică a clinicianului; — ca aptitudine profesională. Sub toate aceste aspecte ascultarea favorizează, iar uneori condiționează diagnosticarea, întrucât „înainte de a putea ajunge la diagnostic, clinicianul trebuie să învețe să asculte” (M. Balint, 1966, p. 131).

a) *Ca solicitare a pacientului* în nevoia lui de relaționare și de participare la elucidarea diagnosticului, *ascultarea* este în strânsă legătură cu caracterul *directiv* sau *nondirectiv* al anamnezei; astfel, cu cât aceasta este mai puțin directivă, cu cât decurge într-un mod mai puțin dirijat, cu atât se asigură bolnavului posibilitatea de a fi ascultat. Prin caracterul ei *nondirectiv*, anamneza lărgeste câmpul informativ și oferă pacientului convingerea că medicul, binevoitor și concesiv, este interesat de detaliile bolii sale. Aceasta îi conferă încredere, îl stimulează în cooperare, asigu-

rind premisele pentru o bună relaționare. Dimpotrivă, întrerupându-i prin întrebări din relatare, în tendința de a elimina orice divagare, medicul oferă pacientului impresia de frustrare; pot fi omise, totodată, elementele importante pentru diagnosticare. De fapt, la întrebările adresate pacientului, clinicianul nu obține întotdeauna date suplimentare ci, de cele mai multe ori simple răspunsuri, lipsite de valoare informativă.

b) *Ascultarea ca disponibilitate fizică*. Intens solicitat și integral angajat în procesul diagnostic și efortul terapeutic, medicul este deseori constrâns spre o anamneză metodică, ferm directivă dar în fond scurt-circuitată. Indiferent de natura ori de caracterul psihic sau somatic al afecțiunii, prin limitarea timpului necesar ascultării apar prejudicii nu numai sub aspectul informării, al culegerii de date necesare diagnosticării, ci și în privința relaționării cu pacientul. Astfel, considerându-se rejectat sau ignorat, pacientul poate să nu mai revină asupra unor aspecte anamnestice pe care inițial le considera necesare sau în orice caz utile pentru diagnostic.

Alteori, pacientul revine în mod obsesiv cu noi și neesențiale precizări sau poate doar cu întrebări, medicul cedându-i astfel mai mult timp decât cel necesar, care trebuia acordat inițial. De fapt, singurul mijloc de a câștiga timp în relațiile cu bolnavul constă în disponibilitatea de a-l asculta și nicidecum de a-l respinge sau a-l limita. Pe de altă parte, elocvența și concizia clinicianului nu trebuie să vizeze disponibilitatea ascultării, ci excesul explicațiilor, sfaturilor, recomandărilor sau admonestărilor. În neutralitatea binevoitoare ce trebuie să-l caracterizeze, clinicianul nu va omite faptul că „cel mai bun sfătuitor este, înainte de toate, cel mai bun ascultător” (C. Sidney, 1970, p. 254).

c) *Ca aptitudine profesională*, dincolo de disponibilitatea ce decurge din înțelegere, amabilitate sau necesitate, *ascultarea* este un act psihic ce are un caracter activ și presupune, pe lângă o vădită concentrare, putere de comprehensiune; ascultarea nu este tăcere sau așteptare efectivă ci participare. Caracterul elocvent al ascultării este resimțit de pacient în momentul relatării, constituind pentru el liantul relaționării. În virtutea acestor considerente subliniem că ascultarea, ca disponibilitate, este la origine o trăsătură de personalitate. În activitatea clinică și în perspectiva diagnostică, ascultarea se cere stimulată și cultivată ca o aptitudine profesională. Condiție a instrucției și formării, aptitudinea ascultării devine astfel pentru clinician cheazășia afirmării sale profesionale.

7. Urgența elucidării diagnostice și dirijarea relației anamnestice

În evantaiul modalităților de relaționare clinică, abordarea anamnetică urmează două direcții principale, veritabile demersuri esențiale în procesul de diagnosticare: a) *directivă, metodică, dirijată* și b) *nondirectivă, narativă, nedirijată*.

a) *Metoda directivă* constă în adresarea unor întrebări precis orientate, care, în funcție de domeniul clinic, sînt cuprinse în scheme relativ standardizate; ea vizează esențialmente apariția și evoluția tulburării, căutînd să restrîngă și să focalizeze cîmpul investigării, spre a grăbi procesul diagnosticării.

b) *Metoda nondirectivă* caută să renunțe la întrebări, oferind pacientului posibilitatea unei cit mai nuanțate și mai aprofundate relatări.

Scopul ei este de a obține istoria bolnavului și nu a bolii, istoria vieții insului și nu a tulburării, și de a înțelege trăirea situației de boală în constelația sa biopsihosocială.

Alegerea metodei anamnestice depinde de starea clinică a pacientului și de supoziția diagnostică a medicului. Astfel, în stările de urgență medico-chirurgicală, ca și în cazurile în care pacientul nu poate prezenta relatări exacte și elocvente asupra stării sale, se recurge la metoda de examinare directivă în care predomină analiza bolii, a situației clinice, față de aceea a istoriei bolnavului, a vieții insului, urgența clinică impunând dirijare și esențializare anamnestică.

În stările în care elucidarea diagnostică poate fi temporizată se recurge la metoda nondirectivă, nederijată, mai extinsă și totodată aprofundată. Astfel, caracterul anamnezei fiind nondirectiv, se lărgeste considerabil câmpul informativ, într-o tendință de cunoaștere orientată exhaustiv.

Precizăm însă faptul că, deși mai aprofundată, metoda nondirectivă se cere continuu completată, chiar și atunci când problema diagnosticului a fost elucidată. O astfel de anamneză pornește de la ipoteza că boala cunoaște o etiologie plurifactorială fiind în esența ei somatopsihosocială. Abordarea nondirectivă este de fapt atât o examinare cât și o întreținere anamnestică al cărui scop diagnostic se prelungește în efect terapeutic. Astfel, spre deosebire de metoda directivă, care încheie etapa diagnostică și condiționează intervenția terapeutică, metoda nondirectivă conține, în însăși structura sa, o componentă terapeutică, ea fiind în relativă independență față de instanța diagnostică.

Subliniem de asemenea faptul că deși nondirectivă, această metodă nu este neorientată, întrebări relativ discrete și nu prea frecvente din partea medicului reducând divagațiile și orientând expunerea pacientului.

Indiferent de caracterul directivității, orice abordare anamnestică urmează o *supoziție diagnostică*: ea este uneori concomitentă cu prima privire asupra bolnavului, fiind superpozabilă aceluia *praecoex gefühle* al clinicienilor cu experiență. Această supoziție orientează demersul investigativ, fiecare răspuns al examinării având un sens confirmativ. În eventualitatea în care supoziția diagnostică nu este confirmată, investigația anamnestică poate fi reluată, de obicei într-un mod mai analitic, mai puțin directiv.

7.1. *Diagnosticul — între necesitatea explorării și riscul iatrogenizării.* Medicii psihiatri cunosc în mai mare măsură decât clinicienii altor domenii medicale că pacienții cu dezvoltări ipohondriace poartă și prezintă, în primul moment al consultației, dosare cu rezultatele numeroaselor investigații. În majoritatea cazurilor acestea sînt normale sau relevă mici abateri nesemnificative. Spontaneitatea și uneori sentențiozitatea cu care acești pacienți prezintă „analizele”, exclude eventualitatea că cei care le-au recomandat, ori au reluat explorarea în mod repetat, nu au cunoscut rezultatele investigațiilor anterioare, care erau, desigur, normale.

Fără îndoială că repetarea examenelor s-a făcut sub presiunea acuzelor și la insistența pacienților. Clinicianul care le-a solicitat, ignorînd examenul anamnestic, a sperat că reconfirmarea „normalității” probelor va aduce anularea sau ameliorarea anxietății pacientului. Rezultatul este opus însă celui scontat, pacientul insistînd, în continuare, chiar cu un puls de feroare, să fie reinvestigat. În aceste situații, medicul s-a lăsat antrenat și a fost manipulat de conduita psihopatologică a propriului său pacient;

în plus, presupusul diagnostic somatic nu a fost cu nimic elucidat, în timp ce tabloul clinic psihiatric a devenit și mai bine conturat.

Pe lângă iatrogenizarea prin excesivă și nejustificată explorare, există o altă care se dezvoltă prin situația de spitalizare. Astfel, există pacienți care consultă medicul și se internează pentru o afecțiune reală, pe care o prezintă într-o formă simplă, nesistematizată, constituind „boala autogenă”, neelaborată. În cadrul spitalizării însă, prin întrebări și examinări, prin ansamblul acțiunilor orientate în vederea unei corecte diagnostici, medicul „creează un alt tablou clinic, mai complet și mai codificat, care se suprapune primului, reprezentînd, într-un anumit grad, boala iatrogenă” (A. Fernandez, 1973, p. 45).

Alteori, pacienți cu o anumită structură a personalității sînt induși în dezvoltarea ipohondriacă prin comunicarea unor rezultate incerte sau a unor descoperiri accidentale, în fond asimptomatice; un diverticul duodenal, o hernie hiatală minoră, un osteofit rahidian, o retroversie uterină etc., sînt acreditate cu virtuți explicativ-etilogice ale unor tablouri clinice esențial nevrotice. Descoperirile amintite (de fapt false diagnostice, care în virtutea spiritului clinic și deontologic ar trebui ignorate) sînt, de cele mai multe ori, comunicate pacientului; acesta și-a satisfăcut în mod episodic nevoia sa de înțelegere și explicație, trecînd relativ rapid într-o nouă fază, de solicitare și interogație.

La rîndul său, medicul crede că și-a justificat funcția, sperînd chiar că și-a ilustrat competența, prin faptul că a relevat un element sau un aspect eventual mai greu de observat sau, pe care confratele său anterior l-a ignorat. În fond, el este acela care ignoră ceea ce este mult mai important și anume faptul că evidențiînd un element nesemnificativ în explicarea patologiei a oferit pacientului argumentul, dar și mijlocul de a-și organiza și cristaliza nucleul iatrogeniei; nu osteofitul pînă atunci netiut a constituit cauza nevrozei ci evidențierea lui de către medic, fapt care a echivalat cu introducerea „bobului de nisip” în scoica personalității anancaste a pacientului.

7.2. Caracterul unitar (somatopsihic) al examinării și veridicitatea diagnosticării. Aprofundarea cunoștințelor medicale în cadrul fiecărui domeniu clinic, precum și diversificarea domeniilor clinice medicale au determinat o deplasare a interesului și implicit a investigațiilor de la suferința bolnavului la explorarea aparatului sau organului afectat. Această unilateralizare care se manifestă tot mai amplu în activitatea clinică dar mai ales în investigație și diagnosticare a ipostaziat așa-numita „medicină de organ” care de fapt nu corespunde unui domeniu ci unui anumit mod de abordare.

Pe de altă parte, diversificarea investigării somatice determinată de imperative științifice, efectuată în vederea unei diagnostici specifice, a avut ca rezultat prejudicierea cunoașterii psihologice. Ignorarea subiectivității bolnavului și în ultimă instanță a insului ca persoană, deși impusă de necesitatea investigării sale prin mijloace științifice, s-a dovedit în fond neștiințifică, intrucît „știința cere un bilanț exact al fenomenelor morbide: nu numai o investigație a mecanismelor cognoscibile în sfera organică, ci și recunoașterea, ca fapte reale, a fenomenelor psihice concomitente” (R. Kourilski, 1964, p. 25).

Diagnosticul complet, integral, al „pacientului total” cuprinde în linii mari două niveluri: al *diagnosticului descriptiv-somatic* și al *diagnosticului sociodinamic*; primul este *diagnosticul entității nosologice* și

determină orientările terapeutice, în timp ce al doilea constituie *diagnosticul constelației personologice* și permite evaluări reabilitative și prognostice. Dificultatea sau imposibilitatea cooperării cu pacientul nu îngăduie clinicianului depășirea diagnosticului descriptiv-somatic, dar după depășirea stadiului amenințării vitale (a situației urgenței medicale), acest nivel organic al diagnosticului poate fi completat cu nivelul psihologic, respectiv cu diagnosticul sociodinamic.

Diagnosticul descriptiv-somatic (al entității nosologice) se bazează în mod esențial pe examenul fizic și pe explorările biologice; el nu are suficiente resurse pentru edificări etiopatologice, permite în linii mari orientările terapeutice și este limitat în privința aprecierii evoluției și a formulărilor prognostice. Acest nivel al diagnosticului, bazat în special pe morfopatologie și fiziopatologie, nu are în vedere relația dintre medic și pacient; este nivelul tehnic al diagnosticului și aparține „unei biologii sau unei psihologii cu o singură persoană” (J. Rickman, cf. M. Balint, Enid Balint, 1966, p. 190), spre deosebire de nivelul personologic al diagnosticului care este rodul examenului unei relații umane și aparține câmpului biologiei sau psihologiei cu două persoane.

Diagnosticul sociodinamic (al constelației personologice) are în vedere trăsăturile caracteristice ale personalității, constelațiile motivaționale și zonele conflictuale intrapsihice, tulburări ale aprecierii și orientării valorice, nonconcordanțe cu normele sociale sau abateri de la normă în domenii vitale esențiale. Acest diagnostic implică factori psihosociogenetici, atitudinea pacientului față de boală, gradul participării sale la vindecare și, în acest context, aserțiuni mai ferme cu privire la evoluție și reintegrare. Aceste exigențe ale cunoașterii, necesare diagnosticului sociodinamic, nu pot fi atinse decât printr-o relaționare adecvată și autentică între clinician și pacient care trebuie să prezinte nu numai capacitatea cognitivă, ci și disponibilitatea afectivă de a colabora la procesul propriei sale vindecări.

Alături de nivelul descriptiv-somatic al diagnosticului, nivelul sociodinamic se înscrie cu o pondere apreciabilă în câmpul practicii medicale, realizând în ansamblu diagnosticul „patologiei persoanei globale” (M. Balint, 1966, p. 131).

Cele două componente ale diagnosticului clinic realizează o unitate dialectică în sensul că *nivelul descriptiv-somatic* al diagnosticului, instituit în primul moment al examenului, elucidează starea biologică a pacientului și permite o mai bună abordare psihologică, în timp ce *nivelul sociodinamic*, prin informațiile de ordin personologic, oferă posibilitatea reanalizării și aprofundării datelor ce alcătuiesc diagnosticul nosologic. Astfel, prin cunoașterea personalității pacientului, „prin informații asupra emotivității, timidității, reticenței și prin alte aspecte ale diagnosticului psihologic, medicul poate aprecia valoarea datelor care-i sînt necesare în vederea diagnosticului nosologic” (G. Heuyer, 1966, p. 131). În același timp, nivelul sociodinamic al diagnosticului poate dezvălui aspecte etiopatogenetice, susceptibile de a determina și întreține manifestările funcțional-organice, situații frecvent întîlnite în afecțiunile psihosomatice.

8. Modelarea și standardizarea relaționării în scopul diagnosticării

În timp ce modul abordării anamnestice este imprimat de medic, maniera de răspuns, ca și gradul de participare la actul de investigare și diagnosti-

care sînt determinate de bolnav. În funcție de forma relaționării medicului, de caracterul ei directiv sau nondirectiv, răspunsul pacientului poate fi activ sau pasiv. La rîndul său, activismul răspunsului este însoțit de diverse grade de cooperare din partea bolnavului.

Principalele moduri de participare a pacientului la actul de diagnosticare pot fi grupate, în funcție de forma de relaționare, în anumite niveluri : *nonparticipativ, interogativ, noncooperativ, participativ* și *cooperativ*.

Combinînd modul de abordare al medicului cu nivelul de participare a bolnavului, obținem modelele de relaționare întîlnite în procesul de diagnosticare : *directiv-pasiv-nonparticipativ, directiv-pasiv-interogativ, directiv-activ-noncooperativ, nondirectiv-pasiv-noncooperativ, nondirectiv-activ-participativ* și *nondirectiv-activ-cooperativ*.

Prin analogie, putem considera că fiecărui model de relaționare îi corespunde un *prototip psihogenetic*, respectiv un anumit nivel de atitudine a părintelui față de îngrijirea copilului. Astfel, modelului de relaționare *directiv-pasiv-nonparticipativ*, întîlnit în cazurile clinice cele mai severe, în care pacientul este incapabil de orice participare sau colaborare cu medicul la procesul diagnostic, îi corespunde relația genetică dintre *mamă și sugar*. În aceste situații, în care pacientul este pasiv și nonparticipativ, medicul trebuie să fie în cel mai înalt grad directiv, în sensul că, renunțînd la orice element direct-informativ, se va baza în procesul diagnostic pe examenul fizic, obiectiv.

Un grad redus de relaționare între medic și bolnav se întîlnește în modelul *directiv-pasiv-interogativ*, în care pacientul, datorită gravității stării clinice, asemenea unui copil nu poate oferi informații anamnestice, avînsînd doar eventuale interogații. Asemenea părintelui în relațiile sale cu copilul, medicul nu este preocupat de întreținerea dialogului sau de veridicitatea răspunsului pe care-l oferă pacientul, ci de promptitudinea și operativitatea diagnosticului și implicit a tratamentului, impuse de urgența cazului.

A treia instanță în relaționare, de tip *directiv-activ-noncooperativ*, presupune un anumit grad de activism din partea pacientului dar, datorită stării clinice, dorința sa de cooperare nu este utilă medicului în procesul de diagnosticare. Datorită acestui fapt, deși pacientul are în relație o atitudine activă, medicul va adopta o conduită directivă ca aceea a părintelui în îngrijirea unui copil la *vîrsta preșcolarității*. Asemenea acestuia, pacientul, deși lucid și bine orientat, este în general limitat în ceea ce privește relațiile utile diagnosticului.

Instanța ulterioară în relaționare este de tip *nondirectiv-pasiv-noncooperativ* ; ea implică un anumit credit al relatărilor pacientului și atitudinea de nondirectivitate din partea medicului. Deși relativ pasiv și predominant noncooperativ, pacientul, asemenea școlarului, poate oferi relații utile diagnosticului, care vor fi încurajate prin nondirectivitatea clinicianului ; acesta, prin relaționarea sa nondirectivă, va spori inițiativa pacientului, gradul său de participare la procesul de diagnosticare și implicit la vindecare. Totodată relația nondirectivă a medicului va evita crearea unor relații de dependență a pacientului, ca și a unor sentimente de frustrare.

La un nivel superior de relaționare în modelul *nondirectiv-activ-participativ*, întîlnim o atitudine nondirectivă din partea medicului și un răspuns activ-participativ din partea pacientului. Se realizează un model de relaționare între medic și pacient corespunzător aceluia dintre

PRINCIPALELE MODELE DE RELAȚIONARE - MEDIC - BOLNAV
ÎN PROCESUL DE DIAGNOSTICARE

Model de examinare	Nivel de participare	Nivel de relaționare	Prototip genetic	Situatii clinice	
				somatice	psihiatrice
Directiv	pasiv	nonparticipativ - directiv-pasiv- -nonparticipativ	mamă-sugar	stări comatoase	stări stuporoase
		interogativ - directiv-pasiv- -interogativ	părinte- -copil	urgențe medico- -chirurgicale cu limitarea conștienței	stări confuzionale cu tulburări de orientare allo și autopsihică
	activ	noncooperativ	părinte- -preșcolar	urgențe medico- -chirurgicale cu păstrarea conștienței	stări de agitație psihomotorie
			părinte- -școlar	boli acute	stări delirant- -halucinatorii cu păstrarea conștienței
Nondirectiv	pasiv	participativ - nondirectiv- -activ-participativ	părinte- -adolescent	boli subacute	stări procesuale și decompensări psihotice
	activ	cooperativ - nondirectiv- -activ-cooperativ	adult-adult	boli în faza de remisiune sau cu tendință la cronicizare	stări nevrotice și reacții nonpsihotice

părinte și adolescent; activismul și dorința de participare a pacientului pot fi stimulate și folosite de medic în procesul de elucidare a diagnosticului. Totuși, prin tendința lui de minimalizare a bolii, prin încrederea nefondată, uneori hazardată în forțele sanogenetice proprii, acest tip de pacient, asemenea unui adolescent, deși bine intenționat, activ și participativ, nu este util sub aspect cooperativ; elanul său, în mod nondirectiv ascultat, se cere însă orientat, uneori limitat, medicul cumpănind cu grijă în procesul diagnostic natura informației cu elocvența și obiectivitatea observației.

Modelul optim de relaționare în procesul de diagnosticare este cel *nondirectiv-activ-cooperativ*, specific colaborării între doi adulți aflați în autentică angajare și soluționare a unei situații critice, problematice. În acest caz, pacientul este pe deplin conștient de starea sa, dorește sincer să o depășească și în acest scop este receptiv la orice apel de angajare în procesul de diagnosticare. La rândul său, medicul, nondirectiv, renunță la rolul de părinte substitutiv, întrucât găsește la pacient disponibilitățile unui partener avizat, activ și cooperant. În această situație, pacientul nu este un ins care trebuie manipulat, dirijat sau orientat, ci un aliat, autentic angajat, cu care medicul va colabora nu numai în procesul de diagnosticare, ci și în etapele ulterioare, de tratament și recuperare.

Această standardizare a examinării și modelare a relaționării impune medicului nu numai informație și experiență clinică nosografică, ci și comprehensiune interumană și cunoaștere psihologică; ele îi vor permite modul optim de abordare și oportunitatea în relaționare, utile pentru o promptă și corectă diagnosticare.

9. Un deziderat al diagnosticării clinice : oportunitatea intervenției terapeutice

În patologia internă și chirurgicală, dar și în psihopatologie, există tendința de a recurge în mod prematur, uneori intempestiv, la terapie și mai ales la medicamente cu puternică acțiune farmacodinamică. În special anumite manifestări ca durerea, febra, cefaleea, dar și anxietatea sau agitația ridică problema eventualei intervenții terapeutice, de natură să anuleze ori să reducă amploarea fenomenologiei clinice, înaintea elucidării diagnostice. Mai ales medicii tineri și omnipracicienii au tentația de a liniști pacientul printr-o medicație antalgică, miorelaxantă sau tranchilizantă, realizând astfel o estompare a manifestărilor clinice și o „liniștire” nu prin eliminare, ci prin „acoperirea” proceselor patologice. Fără îndoială că aceasta este o atitudine spontană în fața suferinței sau tulburării, dar nu întotdeauna oportună, fiind uneori chiar prejudiciabilă. Astfel, se știe că în situația unor dureri abdominale violente, intens acuzate, nu este recomandabilă intervenția prin medicamente cu acțiuni antalgice și mai ales prin substanțe opiacee, decât în urma unei examinări atente, susceptibile să elucideze aspectele etiologice și să contureze supozițiile diagnostice.

Actualmente, nu numai internistul sau chirurgul, ci și psihiatrul, deși conștient de faptul că diagnosticarea trebuie să preceadă prescripția, cedează tentației de a interveni cu neuroleptice datorită efectelor spectaculare pe care le obține, ignorând interferența lor negativă în demersul cunoașterii clinice; într-adevăr, în condițiile terapeutice actuale, a suprima o durere este un fapt clinic obișnuit, dar a reduce o stare de agitație, a înlă-

tura o manifestare confuzională sau halucinatorie apare ca un act terapeutic deosebit.

Tendința compulsivă de a obține remisiuni clinice prompte prin intervenții imediate se constată nu numai în cazul urgențelor, ci și în afecțiuni mai reduse sub aspectul manifestărilor clinice, ca și în boli ce tind spre evoluții cronice, împiedicându-se astfel dezvoltarea unei relații terapeutice necesare elucidării diagnostice.

9.1. *Suprainvestirea diagnosticării și minimalizarea tratării.* Deși poartă o denumire, diagnosticul nu se reduce la aceasta, ci semnifică încheierea unui proces de căutare, culegere, interpretare și validare în care, de cele mai multe ori, intervin elemente creatoare. Nu rareori, concluzia diagnostică comprimă efortul creator al actului medical. În aceasta constă satisfacția uneori inconștientă dar în mod constant prezentă a clinicianului în fața diagnosticului; el pune la încercare cunoștințele, experiența și fără îndoială orgoliul profesional al medicului.

Alteori însă, satisfacția diagnosticării lasă în umbră sau scotomizează problematica tratării. Clinicianul consideră în mod tacit că elaborarea diagnosticului depinde de el, angajându-i prestigiul profesional, reconfirmându-l ca om de știință. Dimpotrivă, tratamentul, de cele mai multe ori limitat, nu constituie o angajare a competențelor, alegerea medicamentelor, fixarea posologiilor, stabilirea oportunităților, vizînd în slabă măsură creativitatea clinicianului; în plus, aceste probleme ale tratamentului, îndeobște cunoscute, decurg deseori în mod firesc din precizarea diagnosticului.

Slaba angajare a medicului în efortul terapeutic (în comparație cu intensă lui participare la procesul diagnostic) se datorește și faptului că rezultatul terapiei este condiționat de factori în relativă independență față de propria-i competență, ca de exemplu: natura bolii, forma sa clinică, stadiul evolutiv, acțiunea farmacodinamică a medicamentului etc. Cu alte cuvinte, rezultatul tratamentului este pus pe seama progreselor farmacologiei și a limitelor științei medicale, în timp ce elaborarea diagnosticului angajează în mod direct competențe profesionale.

9.2. *Diagnosticul — instanță preliminară și necesară tratamentului.* Concepția medicală tradițională, conform căreia elaborarea diagnosticului trebuie să preceadă instituirea tratamentului, este menținută în conduita clinică actuală. Înscrisă în ordinea logică a actului medical, această concepție, cu valoare axiomatică, prezintă un corolar: reconsiderarea și revalorizarea diagnosticului. Aceasta are loc prin procesualitatea elaborării sale în care „evaluarea științifică, obiectivă a simptomelor și datelor... (implică) evaluarea consecințelor” (M. J. Martin, 1980, p. 2030). Prin aceasta, procesul de diagnosticare determină o evaluare a bolii nu numai sub aspect nosografic, ci și din punct de vedere al gravității, al stadiului evolutiv și al duratei. În afara evaluării datelor clinice și biologice, diagnosticul cuprinde însă și impactul noilor condiții psihosociale asupra modului de viață al bolnavului. De aceea, orientarea terapeutică a clinicianului ar trebui să fie determinată de starea clinică și de diagnosticul pacientului care includ date privind natura afecțiunii, caracterul simptomatologiei, stadiul evolutiv al bolii, ca și modul de răspuns al bolnavului la tratamente anterioare similare. Totuși, studii sociologice efectuate în ultimii ani ilustrează faptul că decizia cu privire la prescripția tratamentului nu este determinată numai de patternul patologic al pacientului și de procesul diagnostic, ci și de formația și experiența medicului, la rîndul lor puternic

influențate de contextul social și instituțional în care acesta își desfășoară activitatea. Numai în acest ansamblu actul diagnosticării este relevant în privința planificării terapiei și estimării prognosticului.

Caracterul *sine qua non* al diagnosticării ca o premisă a tratării se impune cu precădere în afecțiunile chirurgicale și cu o mai slabă rigoare în afecțiunile „medicale”. În primul caz, intervenția terapeutică are o condiționare diagnostică, iar în al doilea caz, instituirea terapiei este în funcție de specificitatea acțiunii farmacodinamice asupra proceselor patologice. Astfel, o intervenție neurochirurgicală nu poate precede elucidarea diagnostică, în timp ce pentru psihiatru instituirea terapiei psihofarmacologice poate avea loc în mod concomitent cu procesul clarificării diagnostice. În orice situație clinică însă, aplicarea intempestivă a terapiei determină diminuarea sau estomparea simptomatologiei, demersul diagnostic fiind astfel perturbat sau chiar prejudiciat. Totodată, menționăm că procedeul „probei terapeutice” utilizat în vederea elucidării diagnostice contravine judecății clinice. Bazată pe încercare, avînd o slabă justificare, „proba terapeutică” pune în paranteză informarea și experiența clinică, marcînd abandonul disimulat al efortului de elucidare diagnostică.

10. Axiologie diagnostică, realitate clinică și exigență etică

Condiționați de formația lor pregnant biologică, medicii clinicieni sînt orientați în practică asupra diagnosticelor de natură somatică. Această disponibilitate clinică este și mai bine conturată de faptul că pacienții cu o afecțiune psihică, de cele mai multe ori nevrotică, prezintă la consultație, în prim-planul acuzelor, tot o fenomenologie somatică. În plus, în afara manifestărilor conversive, stările depresive, întîlnite cu o mare incidență în practica medicală curentă, prezintă o aparență somatică, simptomele somatoforme constituind, în cele mai multe cazuri, expresia clinică a depresiei. Alteori, starea depresivă este inaparență clinic, manifestîndu-se printr-o fenomenologie somatică în cadrul tabloului cunoscut ca *depresia sine depressione*.

Aceste situații, ca și numeroase alte condiții clinice psihiatrice, exprimate prin acuze somatice, induc medicul somatician în căutarea și diagnosticarea unei afecțiuni fizice. Astfel, deși se apreciază că peste 50 % din persoanele care solicită consultația medicului internist sau generalist prezintă o suferință nevrotică, majoritatea diagnosticelor vizează o tulburare somatică.

10.1. Scala axiologică a diagnosticului clinic : de la diagnosticul chirurgical la cel psihologic. Fără îndoială, diagnosticul somatic este mai înalt valorizat decît diagnosticul funcțional sau psihiatric și în mod empiric se consideră că o afecțiune organică este mai severă decît una psihică, ceea ce ar impune o diagnosticare mai promptă și într-o manieră mai elocventă.

Pe de altă parte, evoluția rapidă a unei afecțiuni organice, ca și ideea incurabilității tulburării psihice, susțin acest stil al conduitei diagnostice. În virtutea acestor considerente, medicul se simte cu atît mai satisfăcut din punct de vedere profesional, dar și sub aspect moral, cu cît diagnosticul pe care l-a stabilit este în mai mare măsură legat de o alterare anatomică decît de o perturbare fiziologică sau psihologică.

Diagnosticul chirurgical impune în primul rînd o intervenție promptă, de cele mai multe ori urgentă. În această situație tratamentul, legat de obicei de o zonă anatomică alterată, constă în extirpare, eliminare sau drenare, ceea ce are drept consecință o rapidă și evidentă remisiune simptomatologică sau chiar o vindecare; situația se apropie în cel mai înalt grad de conținutul noțiunii de salvare.

Diagnosticul medical, urmînd celui chirurgical, este de asemenea valorizat în plan profesional, componenta lui organică sau fiziopatologică fiind în mod pedant relevată și delimitată prin analiză diferențială. Din acest punct de vedere, angajarea în sesizarea și evidențierea diagnosticului fizic depășește uneori expectațiile impuse de starea pacientului, intrînd în joc profesionalismul clinicianului. Acesta își lărgeste aria investigatorie, repetă examinările, dialogînd cu aparatele și cu simptomele, pe seama stării bolnavului. Cînd nu pot fi decelate nici anomalii minore, fie și nesemnificative clinic, pacientul este etichetat „nevrotic” sau „funcțional”, fiind eliminat din cîmpul diagnosticului medical.

Diagnosticul psihiatric decurge uneori din demersul anterior; în aceste cazuri el nu este rodul unui proces epistemic, al unui efort de sesizare, adunare, analiză și decantare a datelor clinice, ci expresia excluderii eventualităților scontate, cu obstinație căutată. Astfel, diagnosticul psihiatric al somaticianului nu are un sens pozitiv, nu este un construct, expresie a unui proces de observație și reflexie; el este o conotație rezultată prin excludere, o *zona incerta* a speranțelor diagnostice anulate. Acest fapt este exprimat în însăși concluzia pe care medicul o comunică pacientului, în locul diagnosticului: „nu ai nimic organic, ești un funcțional” sau „un nevrotic”, apelativ care în accepțiunea pacientului se traduce prin „închipuit” sau „isteric”, fapt ce provoacă nemulțumire, nedumerire și nu rareori indignare.

La rîndul său, clinicianul se simte jenat, eventual neputincios ori ofensat, pentru că eforturile sale nu au fost confirmate prin date cu relevanță organică, susceptibile de a primi o evaluare diagnostică. În plus, relația sa cu pacientul este grevată de faptul că la oferta simptomelor acestuia, el nu poate oferi diagnosticul fizic așteptat, pentru care a fost, de fapt, consultat.

Dacă în accepțiunea somaticianului sau omnipracticianului, diagnosticul psihiatric este devalorizat întrucît constituie concluzia negativă a examinării și infirmarea supozițiilor de organicitate, *diagnosticul psihologic* este ignorat pentru că, din punctul de vedere al clinicianului, este subtil și sofisticat. Lipsit de o formație psihologică sau posedînd doar elemente de psihologie printr-o informare incompletă sau incidentală, clinicianul nu are posibilitatea de a formula un diagnostic al personalității pacientului. În plus, medicul, convins de faptul că scopul imediat al diagnosticului este instituirea tratamentului, știe că un „diagnostic psihologic” nu impune un corectiv terapeutic, farmacologic. În virtutea acestor considerente, scala axiologică a diagnosticului clinic nu se ridică de la somatic spre psihic, ci coboară de la organic la funcțional, de la aparent la mai puțin evident, de la chirurgie spre psihologie.

11. Diagnosticul ca proces de personalizare a bolii și de anulare a personalității bolnavului

Instruirea și formarea medicală contemporană, bazată pe o profundă dar unilaterală cunoaștere biologică și nosografică se reflectă în activitatea și conduita clinică printr-o acută carență psihologică. Într-adevăr, studiile medicale actuale, bazate în exclusivitate pe date biologice și de organicitate, sînt prejudiciate sub aspectul componentei psihologice; astfel, se studiază cu rigoare și analitism cele mai discrete aspecte anatomice și histologice, subtile reacții biochimice și ipotetice mecanice fiziopatologice, dar se ignoră elementare date psihologice, necunoscîndu-se care sînt principalele procese și funcții psihice, elementele structurale ale personalității insului, aspectele motivaționale și condițiile determinante ale conduitei sale. Sub aspectul conținutului, procesul instructiv și informațional actual pregătește viitorul clinician pentru abordarea procesului morbid și nu a persoanei care-l dezvoltă și-l prezintă. Acest fapt este cu atît mai surprinzător cu cît practica medicală a relevat dintotdeauna rolul esențial al stării psihice în evoluția proceselor patologice. Această veche observație, care își găsește sorginea în medicina hipocratică, a fost reconfirmată cu fiecare situație clinică, devenind astăzi axiomatică.

La rîndul său, învățămîntul clinic, structurat esențialmente nosografic, favorizează orientarea către boală pe care printr-un demers discursiv și analitic o apoteozează și nu către bolnav pe care (în virtutea explorărilor paraclinice și a dialogului cu aparatele) îl ignoră. Acest fapt apare evident nu numai în conduita, ci și în „comunicarea” clinicienilor, iar formulări ca: „vă trimit o cardiopatie ischemică”, „o insuficiență aortică”, „un diabet”, „o ciroză”, „o fractură de col femural” ori o „nevroză cenestopată” etc., au devenit anodine chiar în marile unități terapeutice.

De asemenea, din chestionare adresate medicilor clinicieni s-a evidențiat corelația pozitivă între gravitatea diagnosticului și personalizarea lui: „carcinomul de la patul x”, „abdomenul acut de la patul y”, „sindromul ocluziv din rezerva z” fiind apelative mai constant întîlnite decît acelea care vor să indice nevroza, eczema, spondiloza sau chiar arterita.

Se constată de asemenea că tendința de personalizare a unei boli este în relație cu caracterul manifestării sale: de limitare sau de generalizare. Astfel, cu cît procesul patologic este mai net delimitat, susceptibil de a fi mai direct abordat terapeutic și eventual eliminat, cu atît este mai personalizat. Dimpotrivă, cu cît procesul morbid este mai vag, mai difuz, mai generalizat, cu atît orientarea clinicianului se deplasează asupra pacientului care este mai atent considerat; de exemplu, afecțiunile chirurgicale, în general, localizate, sînt mai frecvent personalizate decît afecțiunile psihice în cadrul cărora nu pot interveni disjunctii epistemologice între persoană și procesele patologice.

Pe de altă parte, cu cît diagnosticul este mai acut și mai bine precizat, cu atît este mai puternic personalizat; în acest sens o tuberculoză pulmonară sau o silicoză fiind mai vag conturate și mai discret manifestate sub aspectul fenomenologiei clinice, sînt mai slab personalizate decît o pneumonie sau o pleurezie. De fapt, pe măsura cronicizării, boala pierde din conținutul personalizării; devenind mai puțin evidentă, nemaiprezențînd o problemă urgentă, boala este dezinvestită, deși continuă să consti-

tuie o preocupare pentru clinician, fiind în continuare tratată. Când boala depășește stadiul urgenței, când nu mai formează o „problemă clinică”, ea cunoaște o recentrare, angajînd tot mai mult preocuparea bolnavului; are loc un proces de dezinvestire și depersonalizare a bolii și de reinvestire și de repersonalizare a pacientului.

11.1. *Subiectivitatea trăirii bolii, dificultatea estimării și caracterul scolastic al diagnosticării.* Suferința, ca și trăirea bolii, este esențialmente subiectivă dar această formulare ce frizează pleonasmul dorește tocmai să sublinieze nuanțarea infinită a subiectivității simptomului față de rigoarea estimării sale; de fapt, semiologia este o fenomenologie clinică fragmentată după criterii empirice și utilități didactice. Această fragmentare a unității și continuității trăirii în elemente semiotice de comportament este expresia (inerentă și întrucîtva inconștientă) a unor tendințe comportamentiste și nu întîmplător behaviorismul ipostaziază (uneori apoteozează) manifestarea, simptomul și ignorează rădăcina lui, trăirea, ca și contextul în care se manifestă respectiv boala ori sindromul.

Expresie a trăirii, a unei stări esențial subiective, simptomele nu pot fi întotdeauna obiectiv apreciate și estimate prin determinări obiective. În plus la dificultatea obiectivării simptomelor se adaugă subiectivitatea judecății clinicianului care este supusă caracteristicilor formării sale medicale și sistemelor de valori ale culturii grupului.

În același timp însă, orice nosografie și cu atît mai mult o taxonomie, exprimînd nevoia de ordine, delimitare și rigoare, nu poate opera decît cu elemente obiectiv-evaluate și cît mai precis exprimate. Dar precizia indicatorilor biofizici și biochimici care a contribuit la statuarea diagnosticului medical nu poate fi întîlnită în analiza clinică sau în faptul comportamental. În plus, dacă valoarea acidității sucului gastric, glicemiei, ureei sau colesterolemiei poate fi estimată cu obiectivitate și precizie cifra în sine nu reprezintă boala care a determinat-o și nu permite *ipso facto* ipostazierea diagnostică și încadrarea nosografică. De fapt, diagnosticul, instanță superioară a raționamentului clinic, presupune nu numai semne clinice sau indicatori biochimici, ci un context semiotic particular; elementele acestuia au nu numai o prezență concomitentă (ce permite selecționarea și inventarierea printr-o analiză transversală), ci și o istorie proprie, o evoluție caracteristică (ce poate fi sesizată prin analiză anamnetică longitudinală).

Uneori, în patologia organică dar mai ales în patologia psihică, simptomele greu pot fi distinse și estimate ca fenomene clinice individuale, ele constituind urzeala actelor comportamentale. Dizolvat în conduită, simptomul nu poate fi în mod realist individualizat, supus unei sistematizări sau încadrat, cu toate că în practică utilizăm acest procedeu, al modelului diagnostic medical, în virtutea scopurilor didactice și al delimitărilor clinice.

Considerații similare, dar cu atît mai pertinente pot fi făcute despre boală, văzută nu ca entitate ci ca perioadă, unică și particulară a existenței. Întrucît aceeași afecțiune este trăită și exprimată în mod individual, este formal (și prejudiciabil sub aspect moral) efortul de a diagnostica, împărți și încadra persoanele (existențe unice, indivizibile și irepetabile) aflate într-o situație clinică, în procustiana compartimentare nosografică. Prin aceasta, nosografia devine vulnerabilă în confruntarea cu criteriile

psihologiei, cu orientările sociologiei, cât și cu principiile moralei, fapt pentru care procesul diagnosticării cunoaște actualmente efervescența reevaluării.

12. Diagnosticul pluridimensional, încercare de cuprindere a patologiei omului total

Actualmente se încearcă depășirea insuficiențelor amintite, generate în mod esențial de modul de diagnosticare unidimensional, prin eforturi de elaborare a unui model diagnostic pluridimensional, respectiv multiaxial, susceptibil să reflecte „o cunoaștere mai atentă, comprehensivă și completă a pacientului și stării sale” (J.E. Mezzich, 1980, p. 1072), prin abordarea biologică, psihologică și a implicațiilor sociale. În vederea acestui deziderat, axele diagnosticului clinic vor cuprinde nu numai fenomenologia (respectiv simptomatologia) ci și factorii etiologici (biologici și psihosociali), dimensiunea temporală (privind debutul, durata și evoluția) și funcționarea socială (care cuprinde disponibilitățile de relaționare, de adaptare socială și capacitatea profesională).

Necesitatea unui diagnostic „multidimensional” a fost semnalată de E. Kretschmer (1957), iar primele modele diagnostice pluriaxiale au apărut cu aproximativ două decenii în urmă, moment care inițiază și anunță declinul antinosografiei și sindromologiei în general și al psihiatriei în special. Astfel, E. G. Gardner (1965) recomandă ca în alcătuirea diagnosticului să se țină seama de trei axe referitoare la : a) tipul bolii, b) nivelul și evoluția incapacității și c) structura personalității pacientului. În același timp, H. Gastager (1965), referindu-se la diagnosticul psihiatric preconizează ca acesta să se compună dintr-un „diagnostic simptomatologic” (semiologie), un „diagnostic al personalității” și un „diagnostic al poziției și evoluției sociale”.

Pentru cuprinderea comprehensivă a tulburărilor psihice întâlnite la vârsta copilăriei, M. Rutter și colab. (1969) propun un sistem nosografic și diagnostic triaxial care cuprinde : a) sindromul clinic, b) nivelul intelectual și c) factori etiologici (biologici și psihosociali).

Un model diagnostic multiaxial, considerat „sistematic și comprehensiv”, a fost elaborat de J. S. Strauss (1973), având în componența sa axe privind : a) simptomatologia, b) durata și evoluția tulburărilor, c) factorii biologici asociați, d) capacitățile relaționale și e) performanțele profesionale.

În linii mari, criteriile prevăzute de J. S. Strauss au stat la baza evaluării multiaxiale a diagnosticului propus de D.S.M. III care se bazează pe :

— A) *axe tipologice* referitoare la : a) sindromul clinic (axă care în afara simptomatologiei cuprinde aspecte privind severitatea, periodicitatea și cronicitatea manifestărilor), b) tulburări de personalitate și c) tulburări somatice (nonpsihiatrice);

— B) *axe dimensionale* referitoare la : d) factori psihosociali cu caracter stressant și e) nivelul cel mai înalt de funcționare socioprofesională anterioară.

După cum se poate constata, *axele tipologice* au un caracter tradițional și pot fi aplicate în „sisteme de diagnostic standard”, în timp ce *axele*

dimensionale, reprezentând variații continue și ordonate, implică o mai bună utilizare a informației disponibile, oferind posibilitatea emiterii unor aserțiuni prognostice și integrativ-adaptative ale pacientului.

Printre scopurile imediate ale diagnosticului multiaxial se înscrie contribuția la *elucidarea problemelor etiologice* (prin abordarea integrativă, holistică, în care aspectele biopsihologice sînt corelate cu cele ecologice) și *ameliorarea funcționării serviciilor clinice*, ca și a activității clinice concrete. Această optimizare a activității clinice cuprinde, la rîndul ei : a) *organizarea informației clinice* (prin atenția corelată și sporită acordată atît fenomenologiei clinice, cît și nivelului funcționării socioprofesionale), b) *facilitarea unei comunicări* clare și precise între specialiști (printr-o mai bună delimitare conceptuală a diferitelor fenomene clinice și printr-o formulare mai sigură și mai unitară a diagnosticului) și c) *elaborarea programelor terapeutice* și a *evaluărilor prognostice*.

Ca expectații secundare ale diagnosticării multiaxiale se menționează contribuția la *promovarea sănătății publice* prin datele consemnate care prezintă o mai mare unitate și un plus de reliabilitate, prin evaluarea mai concretă a incidenței și prevalenței diverselor condiții clinice, fapt ce permite o planificare mai rațională a programelor de prevenție și terapie.

Valoarea diagnosticului pluridimensional constă în mod esențial în gradul său înalt de *reliabilitate* (estimat prin acordul clinicienilor asupra diagnosticului aceluiași pacient) și puternica *validitate* care permite formulări diagnostice mai specifice și mai adecvate complexității condiției clinice.

Menționăm faptul că abordarea pluridimensională a diagnosticului s-a dezvoltat în interiorul psihiatriei, care, deși greu confruntată cu tendințele antinosografiei, constituie domeniul clinic cu cele mai mari disponibilități și deschideri spre o cuprindere a pacientului sub dimensiunea sa biologică și în egală măsură psihologică și sociologică. Prin această tendință comprehensivă și larg aplicativă asupra procesului diagnostic, psihiatria aduce o contribuție valoroasă epistemologiei medicale în general și considerării pacientului în ansamblul dinamic al laturilor sale, ca om total într-un anumit context social, în special.

Bibliografie

- Ahrenfeldt, H. R., *La notion de santé mentale*, în : „Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie”, 1971, 37960, A 10, nr. 7, p. 1—8.
- Ajuriaguerra, J. de., *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1974.
- Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie* (trad. de l'anglais par J. P. Valabrega), Paris, Payot, 1966.
- Balint, M., Balint, Enid, *Techniques Psychothérapeutiques en Médecine* (trad. de l'anglais par J. Dupont et J. P. Valabrega), Paris, Payot, 1966.
- Gardner, E.G., *The role of the classification system in outpatient psychiatry*, în : *The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology* (M.M. Katz et al. eds.), Bethesda, United States Public Health Service, 1965.
- Gastager, H., *Die Rehabilitation der Schizophrenen*, Stuttgart, Huber, 1965.
- Fernandez, A., *L'acte médical pathogène*, în : *Traité de Psychologie Médicale* (red. P. Sivadon), Paris, P.U.F., 1973, p. 43—54.
- Heuyer, G., *Vingt leçons de Psychologie Médicale*, Paris, P.U.F., 1966.
- Ionescu, G., *The Medical Model of Mental Disorders*, în : „Revue Roumaine des Sciences Sociales. Psychologie”, 1981, 25, 1, p. 47—60.

- Kourilski, R., *La relation médecin-malade*, in : *La formation psychologique des médecins* (red. R. Kourilski, J. A. Gendrot, E. Raimbault), Paris, Maloine, 1964, p. 23—29.
- Kretschmer, E., *Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie*, „Zschr. Psychother“, 1957, 7, p. 183.
- Martin, M. J., *Psychiatry and Medicine*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 2 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds.), Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1980, p. 2030—2041.
- Mezzich, J. E., *Multiaxial Diagnostic Systems in Psychiatry*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, A. M. Freedman eds.), Baltimore, London, 1980, p. 1072—1079.
- Offer, D., Sabshin, M., *Normality*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman et al. eds.), Baltimore, The Williams-Wilkins Co., 1975, p. 459—464.
- Rutter, M. et al., *A tri-axial classification of mental disorders in childhood*, „Journ. Child Psychol. Psychiatry“, 1969, 10, 41.
- McQueen, D. V., *Perspectives socio-culturelles dans la santé et la maladie*, „Das Medizinische Prisma“, 1978, 4, 1—22.
- Schneider, K., *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1962.
- Scoppa, A., *Normalità ed anormalità psichica*, In : *Trattato di Psichiatria clinica moderna*, Societa Editrice, Universo, Roma, 1972.
- Sidney, C., *Essential Principles of Psychiatry*, London, Pitman Medical, 1970.
- Strauss, J. S., *Diagnostic models and the nature of psychiatric disorder*, „Arch. Gen. Psychiatry“, 1973, 29, p. 445.
- Voiculescu, M., *A fi clinician*, „Viața Medicală“, 1972, 19, 11, p. 481—482.
- Weise, K., *Stellung und Funktion der Psychopathologie*, in : *Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft* (red. B. Schwarz, K. Weise, A. Thom), Leipzig, Veb Georg Thieme, 1971, p. 59—90.
- * * * *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition), Copyright The American Psychiatric Association, 1980.

ROLUL PSIHOLOGULUI ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

1. Stabilirea gradului de incapacitate funcțională și invaliditate psihică

Expertiza medicală a capacității de muncă este o activitate medico-socială care urmărește evaluarea potențialului organic și funcțional al persoanei expertizate și raportarea rezultatelor evaluării, la specificul solicitărilor profesionale.

Evaluarea capacității de muncă nu este posibilă fără stabilirea diagnosticului anatomo-clinic privind bolnavul în integralitatea sa sistemică, somato-psihică și fără stabilirea gradului alterărilor funcționale la nivelul diferitelor subsisteme (organe, aparate, procese, funcții etc.) spre a afla restanțul funcțional în vederea unei evaluări prognostice și recuperatorii.

Acțiunea de diagnosticare revine medicului specialist care tratează bolnavul, observă evoluția bolii și instituie o serie de măsuri cu caracter recuperator în concordanță cu totalitatea datelor obținute despre bolnav prin intermediul diferitelor metode de explorare clinică și paraclinică.

Psihologul își aduce contribuția la elaborarea diagnosticului clinic și funcțional prin informațiile pe care le oferă despre persoana investigată. Explorarea psihologică în clinică prezintă anumite particularități, dată fiind starea de boală care poate handicapa persoana în capacitățile sale adaptative din perioada de sănătate. Practica a confirmat utilitatea situării bolnavului „în acțiune”, ca „subiect care gândește, deliberază, decide și acționează”, în cadrul unor sarcini impuse de către examinator, conform unor ipoteze formulate în legătură cu aspectele psihologice urmărite și particularitățile persoanei investigate (date personale, statut socioprofesional, tablou psihopatologic etc.). Simularea unor situații de viață sau a unor operații și acțiuni întâlnite în diferite profesii, în cuprinsul unor modele experimentale și situații-test, permite psihologului clinician evaluarea posibilităților actuale de reinserție a persoanei, printr-un examen psihologic cu o valoare predictivă destul de ridicată pentru prognosticul profesional.

Obiectivele examenului psihologic în expertiza capacității de muncă se axează mai ales pe cercetarea efectelor destrutturărilor patologice asupra persoanei, afectată de agresiunea unor factori patogeni (exogeni, endogeni sau pluridimensionali) concomitent cu evaluarea potențialului său premorbid. Totodată, se cercetează relațiile dintre aceste deficite și tulburări cu o grijă deosebită pentru investigarea stadiului și calității mecanismelor compensatorii ale persoanei, în funcție de natura și gradul solicitărilor profesionale.

Destrutturările cu caracter patologic se pot manifesta la nivelul diferitelor aptitudini, procese psihice sau funcții, în raport cu natura, intensitatea, localizarea sau extinderea factorului patogen, sub forma unor incapacități funcționale mai mult sau mai puțin exprimate. Unele tulbu-

rări ca diminuarea reactivității senzorio-motorii, tulburarea proceselor de atenție și implicit a capacității de fixare-memorare sau, în cazurile mai grave, deteriorarea funcțiilor instrumentale, pot să antreneze o reducere în proporții variabile a capacității de muncă a persoanei, în raport cu nivelul solicitărilor profesionale. Anumite dezintegrări psihice pot surveni însă în lipsa oricăror dereglări organice evidente. În cazul acesta, dezechilibrul persoanei se reflectă în dezorganizarea personalității și tendința sa de reorganizare după un „model psihopatologic”, cum este cazul în unele forme de nevroză și în psihopatiile fără substrat organic lezional.

Varietatea deficitelor psihosenzoriale și a tulburărilor psihice cauzate de destrucțiunile patologice, precum și particularitățile patoplastice foarte diferite ale acestora, cu multiple rezonanțe în întreaga structură a personalității bolnavului, obligă psihologul la două modalități exploratorii mai importante: a) cercetarea funcțională a diferitelor procese și funcții psihice, detașate pe cât posibil din contextul intersistemic, și b) analiza structurală a modelului particular de organizare ierarhică a personalității. Aceste modalități de investigație psihologică implică o permanentă situare a persoanei între normele de grup (elemente statistice, bareme etc.) și normele individuale, pe de o parte, și între normalitate și patologie, pe de altă parte. În vederea acestei acțiuni, psihologul se servește de modelele de referință oferite de psihologia persoanei și diferite modele nosologice în funcție de diagnosticul clinic al cazului expertizat, pentru o cât mai diferențiată evaluare a potențialului restant în raport cu exigențele profesionale.

Etapa experimentală a examenului psihologic „oferă posibilitatea cuantificării unor performanțe în condiții de relativă obiectivitate și cu posibilitatea modelării condițiilor experimentale, în funcție de necesitățile diagnosticului” (B. Zörgö, 1966, p. 263). Evaluarea performanțelor obținute de către subiecți la diferite probe psihologice necesită o permanentă confruntare cu alte modalități exploratorii, care pot explica uneori ineficiența constatată prin intermediul experimentului diagnostic. Investigarea particularităților premorbide ale personalității, a nivelului actual al trebuințelor, a tendințelor patologice, a conținutului motivelor și intereselor, studiul dinamic al forței care determină reacțiile de răspuns ale bolnavului, întregesc imaginea despre persoană și explică în unele cazuri eficiența scăzută, constatată la unele probe de performanță.

Etapa clinică permite extinderea procedeelelor exploratorii, până la completa elucidare și caracterizare a persoanei investigate, cu o atenție deosebită asupra modalităților de rezolvare a probelor experimentale, asupra strategiilor utilizate de către pacient la fiecare probă și asupra întregului comportament operator al persoanei, desfășurat în timpul examenului psihologic.

Operațiunea de integrare și interpretare a datelor despre bolnav se reflectă în stabilirea ierarhiei și a ponderei pe care o dețin diferitele trăsături și dispoziții individuale, a „forței” după care acestea se articulează între ele în ansamblul psihismului, care exprimă coeficientul de organizare internă a personalității. Modelul de formulare a diagnosticului psihologic în această variantă ar consta într-un portret psihologic exprimat în termenii configurației particulare a ansamblului de trăsături tipice care, „ca într-o constelație, se orînduiesc în jurul unei dominante” (V. Pavelcu, 1972, p. 271).

Într-o altă variantă, în funcție de problematica prezentată de cazul expertizat, informațiile obținute la examenul psihologic se prezintă medicului sub forma unui aviz în care se enunță rezultatul elaborărilor diagnostice în termenii tulburărilor cantitative și calitative ale diferitelor procese și funcții psihice, însoțite de specificarea perturbărilor constatate în organizarea personalității. Pentru aprecierea potențialului funcțional restant, în unele cazuri, medicul solicită în mod expres inventarierea diferitelor deficite, precum și a calității mecanismelor compensatorii capabile să suplinească diminuarea eficienței parțiale sau totale a persoanei handicapate psihofiziologic.

Diagnosticul anatomo-clinic și funcțional, elaborat de către medicul specialist pe baza datelor obținute, permite medicului expert să încadreze bolnavul într-o activitate profesională potrivită cu potențialul funcțional restant. În cazul când se constată tulburări și deficite importante care duc la incapacitate funcțională sau totală; în raport cu solicitările profesionale anterioare îmbolnăvirii, se procedează la încadrarea bolnavului într-un grad de invaliditate corespunzător cu profilul somato-psihic stabilit.

Încadrarea în invaliditate constituie o măsură socială, menită să asigure refacerea bolnavului în condiții terapeutice și recuperatorii adecvate. *Gradul de invaliditate* reflectă intensitatea și *gradul de incapacitate funcțională* a persoanei, între cele două acțiuni de stabilire a situației medico-sociale a bolnavului existând un raport de interdependență și reciprocitate; ambele reprezintă modalități recuperatorii cu un puternic suport social-umanitarist. Din această perspectivă „evaluarea capacității de muncă este deci nu numai un act de prognoză medicală, ci și de prognoză psihosocială a insului invalidat” (G. Ionescu, 1972, p. 519).

2. Stări și procese psihice cu potențial invalidant

2.1. Stări psihopatologice dezvoltate în cadrul unor afecțiuni somatice
Dinamica manifestărilor psihice specifice sau nespecifice, apărute cu sau fără participarea conștientă a bolnavului la simptomatologia reactivă față de propria sa suferință, poate agrava uneori starea generală a bolnavului, amplificând gradul său de inadecvare față de solicitările profesionale. Intricarea efectelor stărilor psihopatologice de ecou, întâlnite în diferite afecțiuni somatice, cu defectele fiziologice cauzate de afecțiunea somatică de fond, atinge personalitatea în unitatea sa biopsihosocială și duce uneori la modificarea cotei de incapacitate funcțională a bolnavului.

În aceste tablouri apar implicit dificultățile legate de aprecierea funcționalului restant al persoanei în raport cu solicitările de ordin profesional. Manifestările psihice de acompaniament întâlnite frecvent la această cazuistică sînt: stări anxioase, dispoziție depresivă, labilitate emoțională accentuată, iritabilitate crescută, conduite impulsive sau reacții de blocaj, inhibiție psihomotorie etc.

În asemenea cazuri, contribuția psihologului constă în posibilitatea de a evalua obiectiv gradul și intensitatea tulburărilor și a deficitului funcțional cauzat de acestea prin identificarea mecanismelor de producere și dezvoltare a lor, în funcție de particularitățile persoanei. Utilizarea probelor de performanță alături de metodele și tehnicile de explorare a personalității ajută la înțelegerea distanței care poate să apară uneori între potențialul inițial al bolnavului și eficiența sa remanentă insuficient moti-

vată de suferința somatică. Prin aceste demersuri diagnostice, psihologul participă la cuantificarea deficitului funcțional și la evaluarea gradului de invaliditate a bolnavului, permanent confruntat în unitatea sa funcțională somato-psihică cu aspectele specifice nivelului de solicitare din profesiunea pe care o exercită.

2.2. Posibilități de evaluare a gradului de incapacitate în afecțiunile organice cerebrale. Patologia reprezentată de tulburările psihice prin care se manifestă afecțiunile organice cerebrale, din seria deficiențelor mintale, a stărilor involuționale, precum și a psihozelor de involuție, ridică puține probleme diagnostice în formele mai grave, acestea fiind bine conturate sub aspect clinic. Ele prezintă totuși particularități individuale de intensitate și nuanță, care pot fi decisive pentru evaluarea gradului de invaliditate, dar care se lasă mai greu descifrate prin examenul clinic obișnuit.

Tablourile involuționale cu etiologie organică în stadiul avansat pot fi recunoscute cu ușurință la examenul clinic datorită scăderii avansate a memoriei de fixare, a sărăcirii gândirii, a puerilismului în conduite și a degradării progresive a personalității. În schimb, în stările preinvoluționale, metodele psihologice sînt în măsură să depisteze chiar modificări discrete intervenite în funcțiile de cunoaștere, în special în memoria de fixare, capacitatea de învățare, operativitatea mental logică, prin volumul și modalitatea utilizării strategiilor etc., datorită posibilităților de modelare a experimentului diagnostic. În aceste situații, testul W.A.I.S. utilizat în psihologia clinică oferă posibilitatea diferențierii gradului de deteriorare fiziologică de deteriorarea mentală patologică, importantă de decelat la persoane care exercită profesiuni cu responsabilitate deosebită.

Deficiențele mintale beneficiază de asemenea de lărgirea posibilităților de diagnostic prin determinarea intensității deficitului intelectual și în anumite cazuri prin unele indicii pentru stabilirea etiologiei subdezvoltării, în cadrul examenului psihologic. Stabilirea coeficientului de inteligență, cu o atenție deosebită asupra capacității de învățare și formare de noi stereotipuri a persoanelor handicapate psihic, contribuie la o mai fină diferențiere a gradelor de deficit intelectual, permițînd orientarea acestor persoane spre anumite sectoare de activitate, compatibile cu intensitatea deficitului intelectual.

Cazurile de intelect de limită și debilitate mentală pot prezenta decompensări datorită decalajului intervenit între posibilitățile lor adaptative mai reduse și tendința de creștere a exigențelor în anumite sectoare de muncă, sub efectul progresului tehnic. În aceste cazuri este necesară o reevaluare periodică a capacității de muncă, prin metode psihologice, în raport cu noile cerințe profesionale; această acțiune are totodată și un caracter profilactic și recuperator, pentru menținerea unui număr cît mai mare de deficienți în activitate.

2.3. Posibilități de evaluare a gradului de invaliditate în psihozele dominant endogene, procesuale. Schizofreniile alcătuiesc grupul de boli psihice cu cel mai sever și important potențial invalidant care ridică probleme dificile de stabilire a capacității de muncă, deoarece prin însăși natura complexului simptomatologic realizează cele mai variate modele de desinserție profesională a persoanei. Formele clinice, complexitatea fenomenologiei în funcție de stadiul îmbolnăvirii, modelele de structurare premorbidă a personalității, sînt factori esențiali în acțiunea de evaluare a gradului de invaliditate în raport cu solicitările de ordin profesional.

În ceea ce privește cota de participare a psihologului în evaluarea gradului de invaliditate a bolnavului schizofren, considerăm necesară îmbinarea evaluării capacității noetice, premorbide și actuale a bolnavului cu aprecierea capacității sale de „autointegrare” și integrare în ambianță, cu ajutorul instrumentarului de explorare a personalității.

Majoritatea psihopatologilor sînt rezervați în privința specificității metodelor de investigare a eficienței intelectuale în schizofrenie, iar stabilirea metodelor de investigare, capabile să evidențieze aceste tulburări, constituie obiect de studiu, atît pentru psihologii clinicieni, cît și pentru psihopatologi. Astfel, unii clinicieni consideră dezorganizarea conceptuală ca fenomen psihopatologic fundamental în schizofrenie (D. A. Pokorny, J. Thornby, H. B. Kaplan, D. Ball, 1976, p. 936) în timp ce alții propun investigarea capacității de a stabili similitudini între proverbe, pentru a defini inabilitatea schizofrenului de a păstra limitele conceptuale normale în judecățile de valoare (P. R. A. May, 1968, p. 209).

Practica examenului clinic confirmă utilitatea explorării diferitelor tipuri de inteligență cu ajutorul probelor de tip verbal și neverbal, completată cu informațiile obținute cu ajutorul tehnicilor de completare și prin desfășurarea liberă în cadrul unor tehnici proiective. Cu ajutorul lor se pot decela tulburări din seria disociativă, a stereotipiilor în limbaj și a diferitelor modalități deficitare în sfera operațiilor gîndirii și în același timp se poate evalua încărcătura semantică și metasemantică a limbajului schizofrenului, ca unul din cei mai sensibili indici diagnostici.

Ca o particularitate specifică a schizofrenului menționăm natura erorilor la *Matricele Progresive Raven*, prin apariția răspunsurilor bizare, ce scapă oricăror strategii sau legități ale logicii formale. În plus, alunecarea facilă în explicitări redondante — la solicitarea examinatorului de a motiva răspunsurile eronate — traduce fenomenul de degradare entropică a schizofrenului, în mod analog cu elementele disociative care apar la probele de inteligență verbală.

Completarea acestor informații cu diferite aspecte particulare decelabile la un examen al personalității contribuie la posibilitatea unei cunoașteri mai apropiate a bolnavului, cunoscut fiind faptul că, în evaluarea gradului de invaliditate, fiecare caz în parte necesită o formulă individualizată pentru o eventuală reorientare profesională concordantă cu potențialul funcțional restant, dar și cu motivația sa pentru „o anume profesiune”. O situație specială o prezintă bolnavii schizofreni cu tablouri mai puțin „specifice” ca și cele complicate cu asocierea altor factori patogeni din seria alcoolismului, a traumatismelor craniocerebrale, a farmacodependenței etc., prin intricarea fenomenelor de deteriorare intelectuală cu diferite modele de dezorganizare psihotică. Varietatea modalităților evolutive ale schizofreniei obligă la reevaluări de etapă a capacității de muncă pentru o permanentă sincronizare între cerințele profesionale, condițiile de muncă și particularitățile psihopatologice ale bolnavului.

2.4. *Evaluarea gradului de incapacitate în bolile afective primare.* Psihozele afective, în special cele unipolar-depresive, formează cel mai vast grup de afecțiuni psihice cu un important potențial invalidant, determinat de incapacitatea persoanei de a presta o activitate organizată sub influența simptomatologiei depresive (sau maniacale) pe durata fazelor și a perioadelor interfazice ce caracterizează evoluția bolii. Gradul de intensitate a depresiei se apreciază cu ajutorul scalelor de evaluare și a tehnici-

lor proiective, completate cu studiul limbajului, pentru o mai obiectivă apreciere a deficitului din sfera proceselor de cunoaștere instalat sub efectul trăirii stării depresive a bolnavului. Observarea conduitei bolnavului în timpul examenului permite evaluarea capacității de efort psihic, intensitatea dezorganizării activității prin boală, precum și calitatea mecanismelor compensatorii ale persoanei oferind un indice de prognostic în diferitele forme evolutive ale bolilor afective.

2.5. Evaluarea incapacității profesionale în psihozele delirante cronice. Forma halucinatorie a delirului sistematizat cronic, parafrenia, precum și forma nehalucinatorie din stările paranoide și paranoia, conferă bolnavului un grad de invaliditate variabil în funcție de stadiul îmbolnăvirii, de bogăția și intensitatea simptomatologiei. Capacitatea de muncă a bolnavului este determinată de gravitatea deficitului psihic constituit sub efectul productivității halucinator-delirante și de profunzimea dezorganizării personalității în cursul evoluției bolii. În aceste situații, examenul psihologic este solicitat mai ales în cazurile „problemă”, fie pentru excluderea eventualității mascării unui proces involutiv asociat, la bolnavii în vîrstă, fie pentru o mai nuanțată posibilitate de apreciere a potențialului funcțional restant în raport cu specificul profesional, în cazul unor bolnavi cu o capacitate de inserție socială compatibilă cu o activitate organizată.

2.6. Aspecte ale gradului de incapacitate în tulburările de personalitate. Definirea psihopatiilor în termenii unor „profunde tulburări ale relaționalității persoanei cu mediul, determinate multifactorial și în urma cărora se constată o incapacitate permanentă sau episodică de integrare armonioasă a persoanei în ambianța cotidiană” (A. Șirbu, 1979, p. 439), sugerează însăși esența problematicei invalidării în cadrul dezvoltărilor și structurilor psihopatologice ale persoanei.

Gradul de invaliditate în psihopatii se află în raport direct cu prezența, persistența, constanța și intensitatea tulburărilor de comportament, care duc la dezadaptarea treptată a persoanei față de condițiile obișnuite de viață. Polimorfismul simptomatologiei la care se adaugă manifestări de denegare și dificultăți de relaționare fac dificilă abordarea acestor persoane în scopul determinării capacității de muncă prin metodele clinice uzuale. Metodele psihologice de explorare a personalității contribuie la îmbogățirea informării clinicianului cu privire la mecanismele de producere a comportamentului dezadaptativ al pacientului, contribuind totodată la definirea formei clinice în funcție de trăsăturile dominante cu caracter psihopatologic în ansamblul personalității.

Explorarea eficienței activității persoanelor cu un comportament psihopatic poate să contribuie la stabilirea diagnosticului etiologic al stărilor psihopatoide cu fond lezional organic, prin particularitățile psihopatologice ce pot fi recunoscute, atât din modul de rezolvare a diferitelor probe de performanță, cât și din constelația scorurilor inegale, ca expresie a disincroniei în dezvoltarea funcțiilor de cunoaștere. În sfîrșit, examenul psihologic își găsește utilitatea în psihopatii prin posibilitatea individualizării variatelor forme și modalități de structurare dizarmonică a personalității, complicată adeseori cu acțiunea altor factori patogeni, precum și prin facilitarea diagnosticului diferențial între psihopatiile adevărate, nucleare și personalitățile anormale și accentuate (în accepțiunea lui K. Leonhard), acestea din urmă prezentînd un potențial invalidant redus.

2.7. *Evaluarea gradului de incapacitate profesională în nevroze.* Nevroza, ca suferință psihică reversibilă, fără substrat organic și fără modificări importante ale personalității, ridică prin varietatea formelor de manifestare și amploarea trăirilor subiective penibile ale bolnavului, adevărate probleme pentru expertul solicitat să stabilească gradul de invaliditate a bolnavului. În virtutea acestui fapt, acțiunea de evaluare „este interferată de probleme metodologice și practice printre care :

- fenomenologia clinică somatoformă din cele mai multe stări nevrotice și convingerea pacientului că ea constituie expresia unei afecțiuni somatice ;

- poziția metodologică a evaluatorilor privind aspectele etiologice (exogen-reacționale sau plurifactoriale) ale stărilor nevrotice ;

- dificultatea diferențierii stărilor nevrotice de decompensările psihopatice, sporită : de a) corespondențe terminologice. (ex. nevroză isterică/psihopatie isterică, psihastenie/psihopatie psihastenică), ca și de b) reale interferențe clinice ;

- incertitudinile referitoare la o psihopatizare a nevrozei fără elucidarea distincției dintre psihopatizare și cronicizare” (G. Meiu ; G. Ionescu, 1974, p. 285).

În variatele lor forme clinice, dintre care cele mai frecvent întâlnite sînt tulburările somatoforme, disociative, fobice, anxioase și depresive, stările nevrotice reprezintă un potențial invalidant de grade diferite, în raport cu intensitatea, amploarea și gravitatea tulburărilor psihice împiedicînd persoana să-și îndeplinească sarcinile profesionale la nivelul capacităților psihofiziologice reale. Rezultatele scăzute în activitatea profesională cotidiană, stabilitatea simptomatologiei și durata suferinței psihice constituie de asemenea indici importanți în stabilirea capacității de muncă a bolnavului nevrotic.

Ca și în domeniul psihopatiilor, psihologul clinician este solicitat să-și dea avizul asupra potențialului funcțional al bolnavului la data examinării, să se pronunțe asupra obiectivității acuzelor legate de cele mai multe ori de diminuarea capacității de concentrare în muncă, de scăderea memoriei de fixare, de pierderea progresivă a energiei psihice și fizice, de scăderea interesului pentru activitatea profesională și viața socială, concomitent cu deplasarea preocupărilor asupra propriei suferințe. Interferențele dintre domeniul psihopatiilor și al nevrozelor oferă variate modele psihopatologice în care psihologul clinician este solicitat să exploreze modelul particular de structurare a personalității nevroticului pentru a surprinde eventualele implicații care ar putea explica persistența și amploarea suferinței sale.

2.8. *Posibilități de evaluare a incapacității profesionale în traumatismele craniocerebrale.* Unul din domeniile de elecție în care examenul psihologic s-a impus ca o necesitate practică pentru expertizarea capacității de muncă este acela al tulburărilor psihice posttraumatice, atît datorită varietății acestor tulburări, cît și creșterii incidenței lor.

Pe plan neuropsihologic, cazuistica oferită de traumatismele craniocerebrale îmbracă variate forme de tulburare psihică de la acele de aspect funcțional, nevrotic, instalate imediat după traumatism, pînă la deficitele tardive și grave de tip organic, constatate în sfera funcțiilor de cunoaștere. Aceste tulburări pot duce la grade diferite de invaliditate a persoanei în raport cu extinderea și gravitatea destrukturărilor morfo-funcționale. Într-un studiu clinico-experimental al tulburărilor psihice la bolnavii posttrau-

mății am oferit câteva modele de „structurare” psihopatologică mai deosebită și posibilitatea stabilirii unor criterii obiective pentru evaluarea prognosticului imediat și de perspectivă al bolnavilor (S. Roșu, A. Sirbu, E. Chirtoc, L. Berecz, V. Ghiran, 1970, p. 63).

În formele ușoare de tulburare a funcționalității psihice, deficitul funcțional poate fi întreținut de acuzele de tip nevrotiform, instalate după o perioadă de latență variabilă după data traumatismului. Fenomenele de astenie, adinamie, teamă, anxietate fixate pe ideea pierderii securității personale, însoțite de ample manifestări neurovegetative, explică diminuarea capacității de concentrare și distribuire a atenției în cursul activității profesionale, tulburările de memorie și scăderea capacităților psihoenergetice, acuzate de către bolnavii cu leziuni posttraumatice. În aceste cazuri, testarea funcțiilor de cunoaștere evidențiază adeseori o neconcordanță între autoevaluarea bolnavului și randamentul său real, scăderea ușoară, nesemnificativă a randamentului în muncă datorându-se unor factori de ordin subiectiv, apăruți în contextul modelului nevrotic de reactivitate psihopatologică a bolnavului. Asemenea tablouri intricate cu elemente revendicative pe model sinistrozic pot fi mai ușor elucidate prin adîncirea explorărilor psihologice pînă la evidențierea cotei de participare conștientă a subiectului la supradimensionarea acuzelor.

O altă modalitate de structurare psihopatologică în cadrul traumatismelor craniocerebrale, în care avizul psihologic poate contribui la determinarea gradului de invaliditate, constituie dezvoltarea psihopatică a personalității, apariția tulburărilor din seria caracterială și comportamentală aflîndu-se pe primul plan în evoluția de obicei mai tardivă a acestor tablouri psihopatologice. Ținînd seama de interrelaționarea dintre diferitele niveluri de integrare a personalității, posibilitatea evaluării cotei de dezorganizare în raport cu formula de organizare sistemică anterioară agresiunii, poate oferi un important indice de diagnostic și prognostic, necesar în evaluarea gradului de invalidare prin boală.

Confruntarea performanțelor la diferitele probe pentru investigarea memoriei cu restul performanțelor obținute la examenul eficienței intelectuale permite stabilirea nivelului de eficiență remanentă a bolnavului în funcție de extinderea și gravitatea leziunilor organice, de la deficite ușoare cu un indice de recuperabilitate favorabil și pînă la tablouri dementiale cu deficite grave, greu recuperabile.

3. Măsuri și posibilități de recuperare a bolnavilor cu remisiune incompletă sau cu defect psihic

Noțiunea de recuperare, frecvent înțilnită în literatura de specialitate și sub denumirea de reabilitare și readaptare, se referă la utilizarea combinată a tuturor măsurilor medicale, sociale, educative și profesionale, pentru instruirea și reinstruirea persoanelor cu diferite deficite, în vederea obținerii unei capacități funcționale maxime.

Acțiunea de recuperare sau reabilitare a bolnavului depășește granițele medicinei și urmărește asigurarea unei „restituții *ad optimum*” a persoanei privită în integralitatea dimensiunilor sale biopsihosociale. În acest context, menționăm faptul că noțiunea de recuperare sau de reabilitare pare insuficient de cuprinzătoare și considerăm justificată „tendința de a acorda acestei noțiuni o cît mai largă accepțiune folosind termenul

reabilitare comprehensivă care, la rîndul său, include noțiunile (înțelese ca veritabile instanțe) de resocializare, relegitimare și reîncadrare” (G. Ionescu, 1974, p. 54).

Un prim aspect medico-biologic al recuperării, care se referă la prezentul bolnavului, cuprinde măsurile de compensare a consecințelor bolii prin exploatarea funcțiilor restante din structura somato-psihică a acestuia. Al doilea aspect al recuperării urmărește restabilirea sentimentelor demnității personale și redresarea capacităților adaptative la nivelul exigențelor profesionale, fiind legat de trecutul bolnavului, în timp ce al treilea aspect este orientat spre viitor, cînd se instituie o serie întreagă de măsuri cu caracter profilactic de ordin secundar și terțiar. Întreaga existență a persoanei se înserează astfel în contextul acțiunilor de reeducare, măsurile actuale pentru asigurarea unui viitor optim fiind permanent adaptate la trecutul bolnavului. În felul acesta, reeducarea este considerată ca unul din termenii trilogiei, alături de terapie și profilaxie, în cadrul larg al resocializării bolnavului. Între cele trei categorii de acțiuni privind terapia, reeducarea și profilaxia există o permanentă relație de reciprocitate. Într-adevăr, reeducarea poate să joace în același timp un rol profilactic în recuperarea unui bolnav, spre exemplu în prevenirea unui nou infarct miocardic, sau poate avea implicații terapeutice, cum este cazul în depresii sau stările reactive nevrotice. De aici rezultă că reeducarea nu constă numai în măsuri fizico-tehnice, ci ea îmbracă o accepțiune interdisciplinară, multidimensională, extinzîndu-și sfera de acțiune în familie, în profesionalizarea persoanei și în societate.

Ordinea instituirii diferitelor măsuri cu caracter recuperator, ca și ponderea pe care o dobîndesc etapele medico-biologice, psihosociale sau cele cu implicații de ordin profilactic, este sugerată de natura afecțiunii, de stadiul îmbolnăvirii, de intensitatea deficitului remanent și de particularitățile personalității bolnavului. În etapa medico-biologică a recuperării ponderea o dețin măsurile terapeutice care se adresează refacerii suferinței viscero-humorale și psihice, care au contribuit la perturbarea capacităților educative ale persoanei.

Întrucît aceste perturbări se produc nu numai prin efectele suferinței somato-psihice, ci și consecutiv dificultăților generate de neîncrederea persoanei în forțele proprii și de felul cum aceasta se reflectă în optica anturajului, aplicarea măsurilor recuperatorii medico-biologice se împletesc continuu și în mod armonios cu măsurile și metodele cu caracter psihosocial care urmăresc redresarea bolnavului. Dacă în etapa medicală a acțiunii de recuperare, obiectivul principal îl deține terapia intensivă, însoțită și completată de metodele și tehnicile psiho și socioterapice, în etapa psihosocială, accentul cade pe exersarea aptitudinilor generale și profesionale ale bolnavului, la nivelul solicitărilor din profesiunea deținută anterior îmbolnăvirii. Desfășurarea progresivă a unor activități facilitează atît resocializarea bolnavului, cît și revalorificarea dispozițiilor aptitudinale și a posibilităților psihice latente, atenuate sau chiar anihilate uneori sub efectul factorului patologic.

Sistemul de asistență psihiatrică modernă prevede o nouă formă de asistență extraspitalicească, care și-a dovedit eficiența : serviciile (laboratoarele) de sănătate mintală, menite să asigure în echipă interdisciplinară (alcătuită din medic, psiholog, sociolog, economist) acțiunile de apărare și promovare a sănătății mintale a populației, ca și măsurile de recuperare socioprofesională și instructiv-educativă a bolnavului psihic. Rezul-

tatele acestor acțiuni de resocializare a bolnavului se concretizează în ieșirea sa din statutul de izolare, redobândirea sentimentului de utilitate, creșterea gradului de autonomie personală, ameliorarea tonusului afectiv, trezirea interesului pentru îngrijire și autocontrol și, în fine, în dezvoltarea unor deprinderi cu caracter recuperator, de readaptare la vechile activități.

Bibliografie

- Ionescu, G., *Raportul psihopatie — nevroză sub unghiul evaluării capacității de muncă*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia”, 1972, 17, 6, p. 503—522.
- Ionescu, G., *On the meaning of the concepts : disablement, invalidity, appraisal, rehabilitation and readaptation*, în : „International symposium on rehabilitation of the mentally ill”, Leningrad, 1974, p. 51—55.
- May, P. R. A., *Treatment of Schizophrenia*, New York, Science House, 1968.
- Meiu, G., Ionescu, G., *On rehabilitation and work resumption in neurotic patients ; a 10-year clinical catamnestic study*, în : „International symposium on rehabilitation of the mentally ill”, Leningrad, 1974, p. 285—288.
- Pavelcu, V., *Drama psihologiei*, București, Edit. did. și ped., 1972.
- Pokorny, A. D., Thornby, J., Kaplan, H. B., Ball, D., *Prediction of Chronicity in Psychiatric Patients*, „Arch. Gen. Psychiat.”, 1976, 33, p. 936.
- Roșu, S., Sirbu, Aurelia, Chirtoc, Elisabeta, Berecz, Lili, Ghiran, V., *Considerații asupra dinamicii tulburărilor de memorie în traumatismele cranio-cerebrale*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia”, 1970, 1, 63.
- Sirbu, Aurelia et al., *Psihiatrie clinică*, Cluj-Napoca, Edit. Dacia, 1979.
- Zörgö, B., *Metoda obiectivă în psihologie*, în : *Dialectica metodelor de cercetare științifică*, București, Edit. științifică, 1968, vol. II, p. 263—265.

TIMP ȘI BOALĂ. PROBLEMATICA TIMPULUI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOMEDICALĂ

Relația dintre timp și boală, iar pe un plan mai general dintre timp și suferință este intimă și inerentă față de alte relații și implicații ale insului în existență. Aceasta nu numai pentru faptul că boala oferă răgazul contemplării duratelor, ci și pentru că ea aduce interogații asupra caracterului finit al existenței insului. În plus, boala, suferința, ca și corolarul lor, depresia, redimensionează timpul, supraevaluând duratele. La aceasta contribuie în mare măsură faptul că, spre deosebire de starea de sănătate în care insul este în activitate, mai mult sau mai puțin angajat, în boală el este de cele mai multe ori inactiv și în mare măsură detașat. Dar pentru cel care se află angajat și implicat în acțiuni și evenimente, timpul este mai ales parcurs, traversat, în timp ce pentru bolnav care este fortuit distanțat și formal nonimplicat, timpul este mai ales trăit și contemplat. Considerăm că acesta este un motiv important menit să stimuleze interesul studierii timpului și trăirii lui pe durata bolilor.

1. Unitatea dialectică a timpului și spațiului : argumente din psihopatologie

Aceste două categorii filozofice au polarizat preocupările gânditorilor încă din antichitate; dacă însă studiul spațiului, abordat în special de matematicieni și fizicieni, a edificat o fermă și distinctă știință, *geometria*, studiul timpului, întreprins în special de filozofi, nu a putut realiza, cum s-ar fi sperat, o știință propriu-zisă care prin sinonimie ar putea fi denumită *cronometrie*.

Oponente și formal divergente din perspectiva contemplării imediate, cele două categorii filozofice se instituie într-o unitate dialectică exprimată printr-un *continuum spațio-temporal*. Studiile de biologie vin să sprijine această idee argumentând că timpul este reintegrat nu numai ființei ci și biologiei noastre, ca și realităților naturii de unde a fost „extras” de Im. Kant care considera că timpul este nu numai anterior experienței ci și independent de aceasta. Pe lângă concepția sa idealistă, Kant prezintă timpul într-o „interpretare substanțialistă” (Gh. Birsan, 1973, p. 31) considerându-l drept „cadru” și „mediu” al existenței, în care se desfășoară fenomenele realității.

Unele date din psihopatologie ar putea fi folosite de filozofie spre a ilustra *unitatea spațio-temporală*. Astfel, în toate formele de tulburare a conștiinței, *dezorientarea în timp și în spațiu* este concomitentă, fiind *temporo-spațială*, deși se poate prezenta ca inegală și în grade diferite de gravitate. În plus, implicarea insului în timp și spațiu își găsește în aceste situații o expresie elocventă fiind ilustrată prin *dezorientarea allo- și autopsihică*, respectiv dezorientarea în timp, în spațiu și la propria-i persoană (cu privire la propria sa identitate).

Tulburările referitoare la spațiu nu vizează numai orientarea în spațiu, ci și perceperea, ca și „trăirea” spațiului. Astfel, în anumite stări psihopatologice, determinate de boli sau de ingestia unor substanțe, obiectele ca și raporturile dintre acestea pot fi percepute în mod deformat, fenomen ce poartă numele generic de *metamorfopsie* (gr. *meta*, după; *morphe*, formă; *opsis*, vedere). Astfel, persoana poate percepe obiectele ca fiind mai mari decât în realitate fenomen cunoscut sub denumirea de *macropsie* (gr. *makros*, mare) sau dimpotrivă, mai mici decât dimensiunile lor reale, purtând denumirea de *micropsie* (gr. *mikros*, mic); de asemenea, ele pot apare ca alungite, lărgite, răsucite, asimetrizate, aspect denumit *dismegalopsie* (lat. *dis*, tulburare, *megas*, mare), mai pregnant colorate, sau mai puternic luminate, înfrumusețate. Alteori, apar modificate raporturile dintre obiecte care sînt percepute mai apropiate sau mai îndepărtate; astfel, strada poate să apară alungită, casele înclinate sau mult mai înalte etc.

Uneori, spațiul este trăit cu o anumită anxietate, însă, de cele mai multe ori, în comparație cu timpul, el conferă liniște, certitudine și stabilitate. În anumite stări psihopatologice există însă o teamă relativ bine focalizată referitoare la anumite aspecte ale spațiului ilustrată prin *agorafobie* (gr. *agora*, piață, *phobos*, frică) sau (teamă de spații deschise) ori dimpotrivă, prin *claustrofobie* (lat. *claustrum*, închis) sau teamă de spații închise). Unitatea dialectică spațio-temporală este ilustrată în aceste situații prin faptul că distorsiunile privind perceperea spațiului sînt însoțite de modificări în trăirea timpului sub forma supraevaluării duratelor prin intervenția afectelor. În acest sens este cunoscut faptul că stările afective negative (depresia, anxietatea, fobia) supradimensionează subiectiv duratele, în timp ce stările afective pozitive le diminuează și le subestimează.

În afara acestor stări afective relativ conturate referitoare la spațiu, acesta poate fi perceput și trăit ca avînd un anumit colorit afectiv; independent de aspectele sale fizice el poate să apară ca familiar sau nonfamiliar, agreabil sau ostil, fiind spațiul „cu atmosferă” sau cu „coloratură emoțională” (*Gestimmter Raum*).

Unitatea duală spațio-temporală este trăită și apreciată diferit la diferite vîrste; în copilărie spațiile percepute par imense, iar duratele nesfîrșite, ceea ce determină la copil nevoia de scurtare exprimată psihologic prin tendința de schimbare și tradusă în plan clinic prin instabilitate și nerăbdare. Pe măsura avansării în vîrstă, spațiile ca și duratele se restring subiectiv, sînt subevaluate, iar în stări de involuție avansată sînt excesiv de limitate, minimalizate.

2. Unitatea dialectică biocronometrică

Studiile actuale de cronometrie prezintă timpul ca fiind încorporat nu numai psihicului nostru, ci însăși biologiei noastre, la nivelul căreia el este evidențiat prin procesele fiziologice desfășurate pe anumite durate, la anumite intervale, într-un anumit ritm. Acest „timp biologic” sau „timp neurofiziologic” poate fi apreciat ca o expresie a prezenței și manifestării structurii temporale la toate nivelurile biologice de organizare. În felul acesta interpretarea materialist-dialectică asupra timpului este amplu argumentată prin cercetările moderne de cronometrie întreprinse pe un front larg

ce cuprinde domeniile biologiei, psihologiei și sociologiei. Aceste cercetări au conturat noțiunile de „timp biologic”, „timp psihologic” și „timp uman” care ar cuprinde accepțiunea biologică, psihologică și sociologică a timpului.

În domeniul *timpului biologic*, denumit și *timp neurofiziologic*, studiile actuale vizează cel puțin două aspecte, schițându-i-se astfel două accepțiuni care cuprind domenii diferite ale existenței, și anume :

— *ritmicitatea* desfășurării anumitor funcții și procese biologice, interpretată ca o „capacitate specifică, biologică, de a măsura timpul” (Al. Lungu, 1972, p. 97);

— *durata* sau vârsta biologică a diverselor organisme, care este diferită de vârsta cronologică. Astfel, uneori procesele involuției organice și psihice se instalează mai devreme decât în mod obișnuit, după cum alteori apar mai târziu și se manifestă discret. Vârsta biologică ar reflecta deci gradul de neconcordanță a posibilităților fizice și psihice ale unui anumit ins în comparație cu unul considerat ca etalon pentru vârsta dată. Vârsta biologică arată deci ceea ce sîntem în comparație cu ceea ce ar fi trebuit să fim la vârsta respectivă (cronologică).

Timpul biologic reprezintă o încorporare (organică) a timpului fizic, bioritmurile marcînd nu numai prezența ci și duratele manifestărilor sale. Dacă această *cronometrie biologică* poate fi observată pînă la organismele inferioare, subliniem faptul că exactitatea și *complexitatea manifestărilor biocronometrelor sporește pe măsura evoluției filogenetice*. Organizarea ritmică a diverselor funcții și procese creează ființelor vii și în special omului ceea ce putem denumi *contextul temporal-organic*.— Acesta este prezent la diverse niveluri de organizare a materiei vii, manifestîndu-se nu numai în plan somatic ci și neuropsihologic, prelucrînd informațiile temporale și organizînd pe baza lor conduite de așteptare și răspunsuri ordonate nu numai în funcție de timp ci și de oportunitate (G. Ionescu, 1982, p. 56).

Ritmurile biologice cunosc cele mai variabile durate și manifestări în funcție de specie, dar și de individ. Astfel, ele pot cuprinde secunde (sistola-diastola, inspirația-expirația), ore (ciclurile metabolice), zi și noapte (ritmurile veghe-somn), săptămîni (ciclul de maturație al ovulului) sau decenii (maturizarea sexuală și climaxul) etc. Se constată astfel că ritmicitatea prezintă atît de ample și multiple implicații asupra biopsihologiei umane încît se poate considera că „tot ce se întîmplă în viața noastră vegetativă ori sufletească se desfășoară după legea ritmului” (M. Ralea, 1958, p. 44). Majoritatea bioritmurilor se desfășoară însă pe intervalul celor 24 de ore care alcătuiesc ciclul zi-noapte (realizînd așa-numitele *ritmuri circadiene* (lat. *circa*, aproximativ, *dies*, zi), datorită faptului că „omul este un organism strîns conectat la sistemul cronologic planetar bazat pe unitatea de 24 de ore” (Al. Lungu, 1972, p. 101).

Ca dovadă a fixării acestor ritmuri în biologia insului este faptul că ele rezistă, se mențin și în situațiile de înlăturare experimentală a variațiilor de luminozitate și temperatură, adică în condiții de „izolare” cronologică sau de înlăturare a sincronizatorilor. Organizîndu-și bioritmurile în funcție de ritmurile naturii, *organisme și-au creat treptat*, în funcție de gradul evoluției lor filogenetice, propriile *mecanisme cronometrice*, care, în virtutea adaptării, pot funcționa relativ independent de reperele cronologice externe.

Într-o analiză sub unghi dialectic a biocronometriei se poate argumenta că „*ritmurile biologice, neurofiziologice și psihofiziologice* au asimilat treptat și s-au modelat după *ritmurile și ciclurile naturii* (succesiunea zi-noapte, mareele, anotimpurile etc.), confirmându-se și sub acest unghi unitatea materială a lumii. În felul acesta, materia vie, de la cele mai simple forme de organizare pînă la nivelul conștiinței, a căpătat posibilitatea estimării în mod propriu, specific și cu tot mai înaltă precizie, a duratelor parcurse.

3. Dezvoltarea noțiunii de timp și conștiința timpului

Odată cu nașterea sa, ființa vie execută mișcări haotice, dezordonate care deși au o durată, se desfășoară, evident, în spațiu. Ulterior, prin aceste mișcări se realizează deplasarea, se parcurg distanțe, schițându-se astfel germenii cuceririi spațiului. Determinată de imperative biologice, această deplasare, inițial intempestivă și neorganizată, devine treptat coordonată, „conduita spațială” (E. Minkowski, 1966, p. 158), precedind astfel conduita temporală. Ulterior, această deplasare se face într-un anumit ritm, cu o anumită rigoare, în timp ce dezvoltarea aparatului auditiv favorizează apariția fenomenului de așteptare.

3.1. *Geneza conștiinței timpului*, secundară apariției conștiinței spațiului, se realizează în mod treptat, cu dificultăți și erori, într-un ritm relativ lent. Astfel, într-o apreciere istorico-longitudinală a fenomenului, constatăm că *nou-născutul* este repede angajat într-un sistem de educație privind duratele și de însușire a timpului. Se apreciază că, în apariția noțiunii și ideii de timp, primul element îl constituie durata considerată ca „prima conduită temporală”. Ea este delimitată de două momente : de *început* și de *terminare*, care în acest context apar ca esențiale. În funcție de nevoile sale, predominant instinctivo-afective, nou-născutul demarează acțiuni pe care le poate continua sau, în funcție de situație, le va suprima. Orice act de demarare, aduce însă, în mod univoc, o schimbare ; aceasta, la rîndul ei, dezvoltă fenomenul de *stabilitate* care conferă conținut altor durate. Succesiunea somn-veghe, apariția senzației de foame, hrănirea, exonerarea etc. decurg într-o anumită succesiune care determină armonizări ale funcțiilor biologice și realizarea unui bioritm ; sub aspect funcțional se dezvoltă treptat ideea de ordine și de măsură.

După primul an de viață, în *antepreșcolaritate*, apariția limbajului conferă mijloace noi, superioare de apreciere a timpului prin conceptualizarea diferitelor noțiuni asupra duratei. Cuvinte ca „da” sau „nu” semnifică aprobarea, acordul îndeplinirii unei dorințe și respectiv respingerea sau aminarea acesteia, aspecte care pot fi considerate ca tentative operaționale asupra viitorului, reprezentat la această vîrstă mai ales prin noțiunea de *mîine*. În felul acesta se realizează detașarea de concret, de prezentul obiectiv-perceptibil și adoptarea unor noțiuni cu un mare grad de subiectivitate și de posibilitate.

Apariția interdicțiilor, a reținerilor, a abținerii de la îndeplinirea imediată a unor acte sau de la satisfacerea unor dorințe contribuie la formarea „conduitei aminării”, care „este o condiție primordială a oricărei

activități psihice umane” (M. Ralea, 1957, p. 162). Considerăm că formarea acestei „conduite” constituie cel mai bun exercițiu de „percepere” și apreciere a duratei.

În afară de amânare, un factor care consolidează conștiința timpului este acela de *așteptare*. Impusă inițial de factori ai ambianței și acreditați de îndeplinirii neîntârziată a dorințelor, așteptarea devine treptat un mijloc de ierarhizare a posibilităților, de apreciere a oportunităților, de evaluare a expectațiilor. Așteptarea consolidează nu numai conștiința timpului ci și instanțele acestuia și în primul rând dimensiunea viitorului.

Totodată subliniem faptul că sub unghi ontogenetic, viitorul — ca noțiune și domeniu operațional — apare mai devreme decât noțiunea de trecut. Copilul se dezvoltă și poate fi caracterizat printr-o atitudine *prospectiv-investigativă*, spre deosebire de bătrîn care este marcat de atitudinea *retrospectiv-contemplativă*.

Spre sfîrșitul perioadei antepreșcolare, dar mai ales în *perioada preșcolară*, poveștile și relatările trasează distanțe în timpul parcurs și dimensionează aspecte ale trecutului; narațiunea orientează cu predilecție copilul asupra dimensiunii retrospective. În timpul preșcolarității se poate afirma că au fost conștientizate cele trei dimensiuni temporale, copilul avînd imaginea limpede a lui „ieri”, „astăzi” și „mîine”; el își formează noțiunea succesiunii acestor instanțe, dar mai ales raportarea lor adecvată, cu convingerea și luciditatea faptului că „astăzi este mîinele de ieri”.

Experiența ludică, dar mai ales inițierea instructiv-educativă contribuie la realizarea raporturilor temporale între duratele diverselor acțiuni. *Școlaritatea*, prin instanțele și duratele egale, dimensionate cronometric, ale orelor de studiu și pauzelor, dezvoltă controlul și posibilitatea estimării fizice a timpului. Cu toate acestea, numeroși cercetători consideră că în perioada școlarității, deși sînt obișnuite mijloacele operaționale asupra timpului, acesta nu este încă perceput ca o abstracție; raportarea realistă a acțiunilor la durată, controlul timpului, acțiunea deplin conștientă în timp, ca și stăpînirea lui se realizează relativ tîrziu, în adolescență.

Toate aceste elemente se înscriu în ceea ce putem denumi *pedagogia timpului*, în care învățarea duratelor trebuie împletită cu educarea lor. Ea începe odată cu primele condiționări și se consolidează prin abțineri, renunțări, amînări și mai ales așteptări. În această privință educația instanțelor și elementelor temporale se întîlnește cu aceea a componentelor voliționale. Prin acest efort de educare, perioadele de amînare și așteptare nu vor fi trăite cu deznădejde sau inactivă resemnare, ci printr-o constructivă anticipare a perioadelor viitoare. Prin această *pedagogie a duratelor* se va crea convingerea că Eu, deși purtător al *principiului realității*, nu trebuie să decadă în postura de exponent al dorinței, ci să fie orientat asupra perspectivei prin ale cărei realizări va putea depăși durata limitată a ființei.

3.2. *Perceperea și trăirea timpului în funcție de vîrstă*. Entitate obiectivă și independentă de existența noastră, timpul este perceput în mod diferit de la un ins la altul dar mai ales de la o persoană la alta.

Preocupările moderne asupra acestei probleme au fost anticipate de L. Feuerbach care, în *Aforisme juridico-filozofice*, menționa diferențele în perceperea timpului la tinerețe față de maturitate. Filozoful german considera că programul riguros de activitate în care este inserat tînărul îi determină impresia perceperii mai lente a timpului; de asemenea, aștep-

tările sale multiple (a repausului, sărbătorilor, vacanțelor și îndeplinirii dorințelor) imprimă caracterul lent al percepției duratei. Dimpotrivă, la maturitate, conștiința neîmplinirilor, dorința realizării pe multiple planuri, necesitatea îndeplinirii variatelor acțiuni întreprinse conferă caracterul accelerat al percepției duratelor.

Putem afirma astfel că perceperea timpului se desfășoară în mod invers proporțional cu vârsta persoanei : *la o vîrstă mai mică predomină impresia derulării mai lente a timpului, după cum, cu cît se avansează în vîrstă, cu atît perioadele temporale, etapele timpului fizic par mai scurte, trăite psihologic mai rapid*. În acest sens, pentru tînăr dimensiunile temporale par hipertrofiate, în timp ce pentru omul vîrstnic acestea par comprimate, fiecare oră, sau lună, desfășurindu-se mai rapid decît precedentele.

Unii autori explică diferențele în perceperea subiectivă a timpului prin faptul că acesta este raportat de subiect la propria-i vîrstă ; în consecință, cu cît vîrsta este mai mică, cu atît o anumită durată — moneda de schimb a timpului fizic — pare mai mare ; invers, cu cît vîrsta este mai mare, cu atît aceeași durată este apreciată ca mai redusă. Se poate considera astfel că pentru un tînăr de 15 ani o anumită durată de timp este apreciată ca fiind de trei ori mai mare decît o persoană de 45 de ani ; în același sens, o oră pentru un copil de cinci ani, va fi percepută ca avînd o durată de trei ori mai mare decît pentru tînărul de 15 ani.

Perceperea diferită a timpului la diferite instanțe cronologice ale persoanei nu poate fi atribuită numai vîrstei, ci și altor factori, ca de exemplu dispoziția și starea afectivă în ansamblu. În acest sens, una din primele cercetări experimentale referitoare la timp, întreprinsă de M. Gschwind prin chestionare aplicate vîrstnicilor, a ilustrat că experiența subiectivă a timpului la aceștia era influențată în mare măsură de starea afectivă și situația persoanei din momentul respectiv. Astfel, dacă starea afectivă era pozitivă și ambianța apreciată ca favorabilă, perceperea duratei era mai rapidă ; invers, în situații afectiv-negative, de tristețe și aprecieri nefavorabile ale realității, perceperea duratei era mai lentă.

De asemenea, prin studii clinice am constatat că *timpul bătrînului este mai evident și mai net* apreciat, trăit în durate și perioade cronometrice mai bine delimitate. Spre deosebire de vîrstnic, tînărul percepe timpul într-o mai amplă continuitate, fără marcajul rigid al duratelor fizice ; el este mai degajat de convertirea timpului în momente și durate determinate cronometric, situație care se manifestă cu atîta evidentă la omul vîrstnic.

În explicarea percepției diferite a duratelor la vîrste diferite, invocăm următoarele ipoteze :

— într-o mai mare măsură decît vîrstnicul, *tînărul este mai inserat în viitor* prin scopurile, planurile și idealurile sale, orientarea prospectivă redimensionîndu-i sentimentul așteptării ; dimpotrivă, *vîrstnicul, orientat retrospectiv*, re trăiește și redimensionează trecutul, comprimînd în felul acesta prezentul, pe care-l percepe desfășurîndu-se mai rapid ;

— *tînărul*, mai frapat de realitate, mai receptiv la noutate, *trăiește mai intens prezentul* în care este mai amplu și mai autentic angajat, *fapt ce conferă perceperea mai lentă a duratei* care pentru el este încărcată de semnificații și populată de evenimente ; *vîrstnicul*, refugiat în trecut — care-i oferă satisfacții și pe care frecvent îl re trăiește în plan imaginativ —, *este mai detașat de prezent*, care pentru el este mai palid în semnificații și mai sărac în evenimente, *fapt ce-i conferă impresia de reducere a duratelor*

și de accelerare a desfășurării lor. Cu alte cuvinte, *angajarea în realitate și sentimentul de prezență determină impresia creșterii duratei*; dimpotrivă *slăbirea angajării în realitate, refugiarea în trecut, determină impresia scurtării duratei și accelerarea scurgerii ei*;

— orientarea prospectivă a tînărului, investițiile sale afective (prin elanurile, aspirațiile și ambițiile sale) oferă impresia unui viitor nedeterminat, el angajîndu-se, în majoritatea întreprinderilor sale, ca și cum ar avea de trăit o perioadă de timp nelimitată, indefinită; orientarea retrospectivă a vîrstnicului (ca reflex al conștientizării declinului său fizic și spiritual) reprezintă o negare a viitorului (din care și-a retras investițiile afective) datorită caracterului său limitat, finit. În consecință, *perspectiva existenței îndelungate oferă impresia de creștere a duratei date*; dimpotrivă, *conștiința apropierii finalului, punctului terminus al existenței, oferă impresia scurtării duratelor și accelerării scurgerii timpului*;

— perceperea mai rapidă a timpului de către vîrstnici este determinată și de *accelerările (reale) ale ritmurilor vieții sociale*, la care ei — formați în cadrul lentelor transformări ale trecutului — nu sînt suficient de bine adaptați;

— deși greu de verificat experimental, se poate invoca o *bază biologică* privind diferențele asupra perceperii timpului în copilărie și la vîrstele avansate. Astfel, cunoscînd faptul că procesele metabolice și oxidative sînt mai accelerate în primele decade de viață și mai lente în ultima parte a acesteia, presupunem că încetinirea desfășurării arderilor duce la impresia accelerării ritmurilor și duratelor la bătrîni.

Toate aceste supoziții se impun totodată ca probleme psihologice ale vîrstnicilor sau, cu un alt termen, ale persoanelor de vîrsta a treia. Desigur, nu se pune problema modificării perceperii subiective a timpului la aceste persoane, dar este necesară o *reacomodare a ritmurilor vieții* în conformitate cu obișnuințele lor biologice structurate de-a lungul existenței. Totodată trebuie subliniat că dacă percepția timpului de către om este legată în mare măsură de bioritmurile sale, reacțiile persoanei față de trăirea timpului sînt determinate în mod evident de condițiile socioculturale; în virtutea acestui fapt, în cadrul diferitelor forme de învățare și cunoaștere, *trebuie introdusă și învățată cunoașterea duratei, a raportării și relaționării adecvate și oportune în timp*, cheazășie a unei existențe autentice inserate în realitate.

4. Biocronometrie și heterocronie

În afara unei biocronometrii allospecifice, există o biocronometrie idiospecifică ilustrată prin ritmuri și cadențe particulare de desfășurare a proceselor psihofiziologice. Cu toate că decurg în virtutea unor principii generale, acestea diferă ca durată și desfășurare la nivelul aceluiași ins în funcție de vîrstă. Astfel, desfășurarea proceselor metabolice, oxigenarea țesuturilor, cicatrizarea rănilor etc. se realizează într-un ritm mai rapid la organisme tinere în comparație cu cele vîrstnice. În virtutea acestui fapt s-au putut stabili corelații destul de precise între vîrstă și viteza cicatrizării. Prin calcularea așa-numitului „index al cicatrizării” (care este în funcție de întinderea plăgii și vîrsta organismului) se poate estima cu relativă precizie viteza vindecării rănilor cutanate, refacerea post-opera-

torie a ţesuturilor etc. Se consideră astfel că potenţialul regenerativ ar fi dublu la o persoană de 20 ani faţă de una în vîrstă de 40 de ani, după cum vindecarea unei răni s-ar realiza într-un interval de 5—6 ori mai scurt la un copil de 10 ani faţă de o persoană de 60 de ani.

Aceste constatări pot fi corelate cu un fapt de observaţie empirică ce vizează *heterocronia*, respectiv viteza diferită observată în procesul maturizării şi îmbătrînirii oamenilor de vîrstă egală; faptul că oameni de aceeaşi vîrstă par mai tineri sau mai bătrîni ilustrează o diferenţă, variabilă de la un ins la altul, între *vîrsta cronologică* şi așa-numita *vîrstă biologică*. Cu alte cuvinte, în aceeaşi unitate de timp, unii oameni se maturizează şi înregistrează semne de involuţie mai accentuată decît alţii, chiar dacă ei aparţin aceluiaşi grup rasial, sociocultural sau economic. Uneori, diferenţa între vîrsta cronologică şi vîrsta biologică este extremă, îmbrăcînd aspecte patologice, ca de exemplu în *progerie*, afecţiune rară care constă într-o involuţie biopsihologică rapidă, astfel încît, la vîrsta de aproximativ 10 ani persoana în cauză prezintă aspectul fizic şi intelectual al unui bătrîn de 70—80 de ani.

În mod obişnuit însă, diferenţa între vîrsta cronologică şi vîrsta biologică poate fi de ani sau chiar decenii. Astfel, sub unghiul înfăţişării fizice, oamenii se află la distanţe variabile înaintea sau în urma unui etalon fizic admis în mod convenţional pentru vîrsta dată; cu alte cuvinte, sub aspect biologic, ne aflăm pe un versant sau altul al cupolei gaussiene faţă de modelul standard al vîrstei cronologice. Aceste diferenţe sînt mai evidente la vîrstele avansate, cînd se vorbeşte de *îmbătrînire timpurie* sau, dimpotrivă, de *îmbătrînire tardivă*. Gradul de dispersie biologică (diferenţele într-o parte sau alta în aspectul biologic) faţă de vîrsta cronologică este în funcţie de variabile multiple, printre care: ereditatea, invaliditatea fizică, bolile somatice, situaţiile psihostressante etc.

În afara diferenţelor fizice între vîrsta cronologică şi vîrsta biologică se pot constata nonconcordanţe — în grade variabile — între *vîrsta cronologică* şi *vîrsta psihologică*, în sensul că unele persoane înregistrează o maturizare psihică precoce (în raport cu vîrsta cronologică), în timp ce altele prezintă o maturizare psihică tardivă sau pot rămîne cu o insuficienţă dezvoltare psihică. Ne-am obişnuit să remarcăm acest decalaj în copilărie, dar el poate fi constatat şi pe versantul descendent al existenţei, în sensul că involuţia funcţiilor şi proceselor psihice se poate instala mai devreme sau, dimpotrivă, mai tîrziu faţă de un etalon caracteristic vîrstei cronologice date.

De asemenea, se pot înregistra diferenţe variabile între *vîrsta biologică* şi *vîrsta psihologică*, în sensul că maturizarea, dar mai ales involuţia biologică se poate instala mai devreme sau mai tîrziu în comparaţie cu vîrsta psihologică; totuşi, în această privinţă decalajul între vîrsta biologică şi vîrsta psihologică are implicaţii evidente asupra ritmului involuţiei psihologice.

4.1. Studii relativ recente de psihologie genetică efectuate asupra deficientilor mintal au ilustrat o *heterocronie a dezvoltării* în cadrul *proceselor cognitive*, respectiv o „dezvoltare cu viteze diferite în diferite sectoare ale creşterii psihologice (R. Zazzo, 1965, p. 642). Cea mai evidentă heterocronie în deficienţa mintală se constată însă între dezvoltarea somatică generală şi dezvoltarea cerebrală. Conform opiniei lui R. Zazzo, acest

fapt are repercusiuni asupra diverselor funcții mintale, după cum ele sînt în corelație, mai mult sau mai puțin strînsă, cu dezvoltarea corporală sau cu dezvoltarea cerebrală.

Un alt exemplu de *heterocronie*, considerat specific deficiențelor mintale constă în decalajul care se înregistrează între *vîrsta cronologică* și *vîrsta psihologică*. Aceasta condiționează întîrzierea evoluției psihice a deficientului și poate fi evidențiată prin probe psihometrice; astfel, prin probe de organizare spațio-temporală se constată o întîrziere psihică manifestă, în timp ce prin probe psihomotorii se înregistrează o întîrziere mult mai ușoară. Această heterocronie nu trebuie înțeleasă „ca o simplă colecție de viteze diferite”, ci ca un sistem de structuri funcționale ce poate explica mai adecvat polimorfismul fenomenologiei clinice a deficiențelor mintale.

Heterocronia dezvoltării psihice din cadrul deficiențelor mintale este analizată și sub unghiul psihologiei analitice, ai cărei reprezentanți consideră că perturbarea coerenței și coordonării între diversele sectoare (de activitate, instrumentale și ale rețelelor senzoriale) antrenează nu numai întîrzieri sau frînări, ci și remanieri care sînt concomitente cu evoluția aspectelor deficiente. În acest cadru, „alături de nonstructurare au loc destructurări și restructurări care vor determina o organizare originală și vor defini modul de existență al lumii subiectului” (J. L. Lang, 1973, p. 36). Desigur în accepțiunea psihologiei analitice, factorii determinanți ai acestor remanieri se înscriu în dinamica instinctivo-afectivă. Acesta este însă un punct de vedere izolat, întrucît în determinarea heterocroniei și structurarea unui anumit stil de dezvoltare în deficiențele mintale participă atît factori evolutivi, dar și dezorganizanți sau destructivi, impuși de elemente genetice, metabolice, toxice sau traumatice, care se instituie în condiții etiologice.

4.2. *Heterocronie și involuție psihică*. Cu toate că observațiile privind heterocronia sînt limitate la studiul deficienței mintale, considerăm că această heterocronie poate fi constatată atît în privința dezvoltării fizice generale, cît și sub aspectul dezvoltării psihice normale. Dacă aceasta rămîne o sarcină a psihologiei generale și diferențiale, observații asupra evoluției psihobiologice din stările involuționale ilustrează o evidentă heterocronie atît în planul deteriorării și regresiei psihice, cît și în acela al involuției organice. Astfel, analiza structurală a stărilor de involuție senilă ilustrează dezintegrări în ritmuri și grade diferite ale diferitelor funcții psihice. Nu există un paralelism și cu atît mai puțin o sincronie în privința dezintegrării motorii, operatorii, mnezice, lingvistice, gnozice sau praxice. Astfel, dezintegrarea motorie se realizează într-un ritm mai accelerat decît dezintegrarea operatorie, după cum, dezintegrarea praxică are loc mai rapid decît dezintegrarea gnozie. Desigur, aceste aprecieri sînt valabile în cadrul general al involuției senile și nu în cazuri particulare care sînt determinate de atingeri cerebrale sau procese distrofice.

4.3. *Heterocronie și involuție organică*. În ceea ce privește involuția organică putem constata de asemenea o heterocronie a deteriorării biologice și funcționale a diferitelor țesuturi, organe și aparate. Dacă în linii generale involuția apare din momentul în care aparatul, organul sau țesutul au atins un nivel maxim de dezvoltare, unele observații se abat de la această regulă. Cea mai evidentă excepție în această privință o constituie *cristalinul*, care, încă de la vîrsta de 10 ani înregistrează transformări

fizico-chimice care au consecințe funcționale. Astfel, scăderea conținutului în apă și creșterea procentului de substanțe azotate determină treptat o reducere a elasticității și o slăbire a puterii de acomodare a cristalinelui. De asemenea, involuția organelor parenchimatoase (*ficat, rinichi, pancreas*) poate fi constatată după vîrsta de 30 ani pentru ca după 70 de ani aceste organe să ajungă la 2/3 din greutatea lor maximă. Deși mai tîrziu inițiat, un proces de atrofie mai avansat se întîlnește la *musculatura scheletică striată*, care la persoane obișnuite poate ajunge la jumătate din greutatea sa maximă. Dimpotrivă, o atrofie mai discretă, și fără îndoială întîrziată, cunoaște *miocardul* și *creierul*, al cărui deficit nu poate depăși 15—16% nici după vîrsta de 80 de ani.

Vorbind de heterocronia involuțională, care este ilustrată prin gradul diferit de atrofie al organelor, nu omitem degenerarea *heterocronică microscopică*, maximă la nivelul coronarelor, retinei, corneei, neuronilor etc. care poate fi remarcată începînd de la vîrsta de 10—20 de ani, față de țesutul cartilagos, osos sau muscular, unde apare mult mai tîrziu.

4.4. *Heterocronie și tanatologie*. Dacă involuția funcțională și organică se desfășoară în cadențe diferite la nivelul diferitelor organe, aparate sau sisteme, în timpul vieții, dispariția activității și existenței lor cunoaște aceeași heterocronie și după instalarea clinică a morții. Astfel, față de țesutul cerebral, care este cel mai sensibil la lipsa de oxigenare, țesutul muscular striat are o rezistență de 6 ori mai mare, iar țesutul muscular neted rezistă fără oxigen o perioadă de 18 ori mai mare.

Rezistența diferită a organelor în condiții de anoxie este condiționată atît de debitul sanguin în condiții de repaus, cît și de cantitatea de oxigen necesară funcționării lor. Astfel, țesutul cerebral, cel mai puțin rezistent în fața morții, deși reprezintă aproximativ 2% din greutatea corpului, consumă 22% din volumul de oxigen al întregului organism. Referindu-ne la cantitatea de singe care transportă oxigenul la diversele țesuturi, menționăm că într-un minut, în condiții de repaus, creierul utilizează aproximativ 60 ml, ficatul 50 ml, miocardul 22 ml, rinichiul 18 ml. Aceste diferențe ne permit aserțiunea conform căreia *rezistența unui organ în fața morții este cu atît mai mare cu cît este mai mică nevoia de oxigenare*.

Un alt factor care condiționează rezistența diferită în fața morții, îl constituie complexitatea structurii țesutului și, în strînsă legătură cu aceasta, vechimea sa filogenetică. Astfel, neuronii cerebrali corticali, care prezintă cea mai complexă organizare histologică, rezistă la anoxie 5 minute, celulele țesuturilor musculare striate 30 minute, celulele țesuturilor musculare netede 90 minute, eritrocitul 48 ore, celulele hepatice 90 ore, ovulul și spermatozoizii 10—100 ore. În cadrul țesutului nervos se constată faptul că instanțele neuronale mai noi, ulterioare, sînt mai sensibile la lipsa de oxigen decît cele mai vechi, anterioare. Astfel, neuronii corticali au o rezistență la anoxie de 3 minute și 10 secunde, celulele din bulbul rahidian ca și cele din măduvă, de 30 minute, pentru ca cele din nervii periferici să reziste 90 minute. În virtutea acestui fapt putem sublinia că *instalarea morții țesuturilor urmează o ordine inversă complexității și vechimii lor filogenetice*.

Din datele de mai sus putem constata că celulele cerebrale și în special cele corticale sînt cele mai sensibile în fața morții în comparație cu celulele altor organe și mai ales cu celulele sexuale care sînt cele mai

rezistente. Aceeași heterocronie este prezentă însă și dincolo de organismul uman și de biologie; astfel, putem constata că floarea durează mai puțin decât planta, dar sămînța, menită să-i asigure permanența, îi depășește existența.

5. Biocronometrie și hipnologie

5.1. *Ritmuri și perioade ale activității hipnice.* Observațiile și reflexiile asupra somnului, a căror sorginte nu poate fi estimată în timp, au depășit aria preocupării medicilor, trezind, din cele mai vechi timpuri, interesul filozofilor. Astfel, în antichitate, somnul era apreciat ca o moarte superficială și desigur trecătoare, Hypnos (zeul somnului) fiind frate cu Thanatos (zeul morții), ambii fiind fiii lui Nyx, zeița nopții.

Înrudirea somnului cu moartea este redată atît în literatura antichității (unii eroi din *Iliada* și *Odiseea* întrerupîndu-și viața prin somn), cît și în scrierile filozofilor care considerau că între moarte și somn ar exista numai deosebiri de durată.

În afara acestor considerații izvorîte din legendă, în privința mecanismelor somnului, antichitatea greacă și romană a emis opinii care s-au menținut pînă în secolul nostru, unele din ele fiind astăzi reluate în contextul unor experimente și observații științifice. Astfel, concepția lui Heraclit conform căreia somnul este o consecință a obstruării „canalelor” senzoriale a fost reluată și menținută pînă astăzi prin „teoria pasivă” a somnului, în virtutea căreia starea hipnică s-ar instala în mod pasiv, consecutiv reducerii sau eliminării stimulilor senzoriali. De asemenea, teoria lui Alcmeon, care preconiza modificarea compoziției sîngelui în timpul somnului, își găsește actualmente acreditarea științifică prin evidențierea rolului *monoaminelor cerebrale* și în special al *serotoninei* în inducerea stării de somn.

Din istoria preocupărilor asupra somnului mai pot fi reținute, pentru realismul și actualitatea lor, opiniile lui Descartes, după care starea hipnică este o funcție cerebrală vitală al cărei rol primordial este adaptativ și reparator. Remarcăm, de asemenea, faptul că instanțele neuronale sincronizante, susceptibile de a induce somnul, obiectivate astăzi electroencefalografic, au fost anticipate încă de la începutul secolului nostru de către Dubois care postula existența unui „centru al somnului” și, în opoziție cu acesta, a unui „centru al stării de veghe”.

Totuși, pînă în ultimele două decenii, observațiile asupra somnului nu se bazau pe o metodologie științifică și nu erau efectuate prin mijloace obiective de cercetare, neputîndu-se stabili exact nici momentul real al instalării somnului și nici gradul sau profunzimea sa. Se poate afirma că studiul somnului a intrat într-o etapă într-adevăr științifică numai odată cu cercetarea electrogenezei cerebrale, cu înregistrarea biocurenților cerebrali în timpul somnului, domeniu în care școala românească de neurologie (ilustrată, în primul rînd, de L. Popoviciu și col., 1972, 1978), s-a înscris prin cercetări și rezultate valoroase, continuînd, prin mijloacele neurofiziologiei moderne, tradiția remarcabilă a cercetărilor întreprinse de N. Vaschide și Gh. Marinescu.

5.2. *Faze, stadii și durate ale activității hipnice evidențiate prin studii bioelectrice.* Înregistrarea biocurenților cerebrali în timpul somnului a permis aprecieri obiective asupra momentului instalării acestuia, a pro-

funzimei și a ritmului desfășurării sale. Pe baza acestor observații a apărut și s-a impus o nouă sistematizare a fazelor desfășurării somnului, care cuprinde faza de *somn lent* (somnul cu unde lente), cu o durată de aproximativ 90—100 minute, și faza de *somn rapid* (somnul cu unde rapide), cu o durată de aproximativ 30 minute.

Somnul lent cuprinde aproximativ 70% din durata hipnică totală și se caracterizează din punct de vedere neurofiziologic prin: micșorarea pupilelor (mioză) și închiderea pleoapelor, relaxare musculară cu persistența unui tonus moderat al musculaturii cefei, scăderea ritmului cardiac, a ritmului respirator și a tensiunii arteriale.

Activitatea bioelectrică din timpul somnului lent este reprezentată de unde rapide (cu o frecvență de 10—15 cicluri pe secundă) urmate de unde lente (1—3 c/s) și de mare voltaj.

La rindul ei, faza de somn lent, în funcție de profunzimea activității hipnice, este împărțită în cinci stadii, de la starea de somnolență (stadiul A) până la starea de somn foarte lent și profund (stadiul E).

Somnul rapid, intuit sub aspect clinic încă din antichitate, a fost confirmat electroencefalografic numai cu aproximativ 25 de ani în urmă. Denumit și somn „paradoxal” sau „faza paradoxală” a somnului, somnul rapid intervine, la intervale constante, pe fondul somnului lent. Întrucât somnul rapid este însoțit de mișcări oculare, el mai este denumit „somn rapid cu mișcări oculare” sau „faza de mișcări oculare a somnului”. Survine în mod ritmic, sub forma unor faze de 25—30 minute în timpul somnului lent, ocupînd aproximativ 25% din durata totală a activității hipnice.

Din punct de vedere neurofiziologic, somnul rapid este caracterizat prin: relaxare musculară generalizată (cu atonia musculaturii cefei), apariția unor tonii și clonii care cuprind grupe musculare ale trunchiului și membrilor, mioză sau midriază, salve de mișcări oculare rapide (cu o frecvență de 60—70 c/s) care traduc existența activității onirice, modificări viscero-vegetative evidențiate prin tahicardie, tahipnee, creșterea tensiunii arteriale etc.

Activitatea bioelectrică din timpul somnului rapid este reprezentată prin unde „rapide”, cu o frecvență de 20—30 c/s și de amplitudine redusă. Apariția mișcărilor oculare este ilustrată prin concomitențe electroencefalografice reprezentate prin unde ample (200—300 microvolți) sub formă de „vîrfuri monofazice” a căror frecvență este de 40—50 c/s.

Considerat în mod empiric drept somn superficial, somnul rapid are un prag de trezire mai ridicat decît acela al somnului lent, astfel că stimulări auditive, tactile sau motorii care trezesc persoana din fazele de somn lent nu izbutesc să determine trezirea dintr-o fază de somn rapid.

5.3. Raportul și ritmul somn lent — somn rapid. Somnul rapid se prezintă sub formă de faze care apar la anumite intervale pe fondul somnului lent, alcătuind ultimul său stadiu. Cei mai mulți cercetători consideră însă că faza de somn rapid nu constituie un element al somnului lent, ci un moment succesiv al acestuia. Astfel, cu o fază de somn lent (la rindul ei alcătuită din patru stadii) este asociată cu o fază de somn rapid, alcătuind un *ciclu de somn* sau o *unitate de somn*. Cele două faze ale unui ciclu de somn au durate diferite, fiind de aproximativ 100 minute pentru faza de somn lent și de aproximativ 15—30 minute pentru faza de somn rapid. În decursul unei nopți se succed 4—5 cicluri de somn care însumează aproximativ 6 ore de somn lent și 2 ore de somn rapid.

Trebuie menționat însă că somnul rapid nu-și menține o durată egală în cursul fiecărui ciclu, ci își extinde progresiv durata, de la un ciclu la altul, pe seama somnului lent. Astfel, dacă în cadrul primului ciclu de somn, raportul somn lent/somn rapid este de aproximativ 110/10 minute, în cel de al 4-lea ciclu de somn acest raport tinde spre o echilibrare fiind de aproximativ 80/40 minute.

Această organizare ritmică a activității hipnice se instituie într-un „pattern” al somnului, care prezintă variații individuale în funcție de factori personali și conjuncturali. El nu se manifestă în ritmuri și durate egale pe parcursul existenței, ci se organizează în cursul dezvoltării însuși, fiind influențat și perturbat de numeroși factori și în primul rînd de boală.

5.4. *Obiectivarea și estimarea duratei manifestărilor onirice.* Starea de somn poate fi considerată ca o axă la polii căreia se deschid două domenii ale realității psihice : starea de veghe și starea onirică ; dealtfel, încă din cele mai vechi timpuri, visul a fost considerat ca o a treia formă de existență.

Datele electrofiziologiei din ultimii 15—20 de ani privind cercetarea activității hipnice și a fenomenologiei onirice au dus la o revoluționare a concepțiilor asupra acestui domeniu, infirmînd aserțiunile observațiilor empirice multă vreme invocate ca elemente științifice. Astfel, dacă în urmă cu aproximativ 60 de ani fondatorul psihanalizei considera că visul nu trebuie să apară într-un somn normal (întrucît „în timpul stării de somn nu ar trebui să se desfășoare nici un fel de activitate psihică” (S. Freud, 1923, p. 101) și dacă numai cu 15 ani în urmă cercetătorii se întrebau dacă toți oamenii visează sau adevăratul somn este fără vise ? Astăzi există certitudinea, obiectivată electroencefalografic, asupra faptului că visul este un fenomen general uman : toți oamenii visează în fiecare noapte, dar visul nu poate fi evocat întotdeauna. Mai mult, s-a confirmat experimental faptul că există o nevoie de vise, o „foame” de vise, cei împiedicați să viseze într-o anumită perioadă a somnului visînd în mod „compensator” în perioada de somn care urmează. În acest context apare cu atît mai valoroasă și pe deplin actuală concepția psihologului român N. Vaschide elaborată la începutul secolului, conform căreia nu există somn fără vise, dar, deși toți oamenii visează, nu toți au posibilitatea de a reda visul, evocarea lui fiind interferată de numeroși factori. Odată confirmat faptul că orice om sănătos sau bolnav visează, trebuie precizat că potențialul onirogen al fiecărui ins este diferit în funcție de gradul structurării psihismului. S-a constatat astfel că activitatea onirică apare numai după vîrsta de doi ani, se dezvoltă și se amplifică progresiv, diminuînd treptat în involuție, pentru a dispărea în stările de senilitate ; de asemenea, nu a putut fi confirmată existența unei activități onirice în deficiențele mintale severe.

a) *Date privind durata și ritmicitatea fenomenologiei onirice.* Cu aproximativ 20 de ani în urmă se considera că visele au o durată foarte scurtă, de secunde sau de cîteva minute. Înregistrarea potențialelor electrice produse de mișcările globilor oculari și înregistrarea concomitentă a biocurenților cerebrali a permis obiectivarea duratei viselor, aceasta fiind superpozabilă perioadelor de mișcare a globilor oculari. S-a constatat astfel că durata visului cuprinde aproximativ 20 % din somnul total, precizîndu-se totodată că primele cicluri (unități de somn) cuprind perioade mai

reduse de vis, aceasta fiind mai amplu exprimat în ultimele cicluri de somn, adică în ultima parte a nopții. Astfel, conform cercetărilor efectuate de H. P. Roffworg și col. (1964), W. C. Dement (1966) și alții, în ultima oră de somn au loc aproximativ 30 % din totalul fenomenelor onirice ale nopții respective.

b) *Asupra frecvenței mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric.* Ipoteza asupra relației dintre mișcările globilor oculari și vis a fost emisă încă de la sfârșitul secolului trecut, dar confirmarea ei științifică a avut loc numai cu trei decenii în urmă, cînd E. Aserinsky și N. Kleitman (1953) au descris „somnul cu mișcări oculare”. Prin înregistrarea și amplificarea potențialelor electrice ale globilor oculari în timpul somnului, s-a permis constatarea că visul apare în faza paradoxală a acestuia și mai ales în momentul mișcărilor oculare. Acest fapt a fost verificat prin trezirea subiecților în timpul apariției mișcărilor oculare, situație în care toți au putut prezenta conținutul visului; de asemenea, înregistrarea pe bandă de magnetofon a relatării visului, cuprinde o perioadă de timp egală cu aceea a mișcărilor oculare.

Pe lângă constatarea mișcării globilor oculari în timpul visului un alt fapt evidențiat prin studiile bioelectrice a fost acela că mișcările oculare nu sînt numai concomitente visului, ci urmează formele imaginilor onirice pe care subiectul le „urmărește” în vis, putîndu-se reprezenta grafic schița acestora. Există deci un raport direct proporțional între frecvența mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric, visele mai bogate în acțiuni antrenînd un procent mai mare de mișcări oculare.

c) *Fenomenologie onirică și productivitatea psihotică.* Imageria visului, caracterul său caleidoscopic, incomprehensibil, cu ignorarea reperelor spațio-temporale ca și a condițiilor socio-culturale, au apropiat de multă vreme visul de fenomenele clinice majore, de intensitate psihotică. Astfel, într-o exprimare, desigur metaforică, Schopenhauer lansa aserțiunea după care visul ar fi o psihoză scurtă în timp ce psihoza ar fi un vis îndelungat.

Cu toate realizările obținute în neurofiziologia somnului și viselor, o observație relativ recentă este susceptibilă să deschidă perspective nebanuite în psihopatologia clinică și în psihoterapie; este vorba de faptul că bolnavi cu afecțiuni psihice majore, îndeobște psihotici, în al căror tablou clinic figurează simptome manifeste (halucinații, delir, fobii obsesive, anxietate, depresie etc.), treziți în timpul productivității onirice sau imediat după aceasta, au o relaționare normală sau foarte apropiată de normal, fiind eliberați de fenomenele psihopatologice. Presupunem că acest fenomen se datorește rolului cathartic al visului, care poate oferi astfel nu numai o cale de cunoaștere a psihismului profund (așa cum preconiza S. Freud) ci și un mijloc terapeutic, *oniroanaliza* fiind astfel completată cu ceea ce putem denumi *oniroterapia*.

6. Timpul evenimentelor și conștiința subiectivă a duratelor

Timpul psihologic, denumit încă „timp subiectiv”, „timp trăit” sau „timp simțit”, exprimă perceperea subiectivă a raporturilor de succesiune și simultaneitate sau conștiința subiectivă a timpului. Ea presupune o însușire particulară a sistemului nervos (de a percepe și estima duratele), denumită *ciclocronie*. Astfel, în corecta apreciere a duratei au fost incrima-

minați anumiți centri subcorticali și mai precis diencefalici. Mai mult, unii autori presupun existența unui „centru al timpului” pe care Jorrard (1965) ca și Clark (1966) îl consideră localizat în *hipocamp*, în timp ce unii cercetători sovietici (Dimitriev și Kochigina) invocă existența lui în *cortex*, vorbind de un prezumtiv „analizator al timpului”. Într-adevăr rolul cortexului cerebral în estimarea duratelor nu poate fi minimalizat, cu atât mai mult cu cât neurofiziologia pavloviană a demonstrat posibilitatea formării de *reflexe condiționate la durată*, reușind astfel condiționarea animalelor nu numai la excitanți fizici, obiectivi ci și la cei de ordin subiectiv, cum este unitatea de timp.

Pornind probabil de la distincția între „conștiința duratei trăite” și „judecata asupra duratei”, unii cercetători încearcă o disjunctie între „aspectul dinamic sau relativ al timpului” (A. Morali-Daninos, 1964, p. 119) și aspectul său „cronologic”. La rândul său, *aspectul cronologic* al timpului cunoaște o latură predominant *formală*, privind recunoașterea timpului și orientarea în timp, și o latură neuropsihologică, *personală*, privind aprecierea duratelor. În ceea ce privește *aspectul dinamic*, subiectiv, al timpului, se acordă o importanță deosebită evenimentelor care-l populează și a căror succesiune îl fragmentează. Estimarea lui nu se îndepărtează de aprecierea propriu-zisă a duratelor, fiind determinată mai ales de conținutul evenimentelor înscrise pe parcursul duratelor. Obiectivitatea estimării scade deci de la latura formală la cea personală (a timpului cronologic) și mai ales de la aceasta la timpul dinamic, ce poate fi apreciat ca un timp al evenimentelor.

Este cunoscut faptul că factori interni, afectiv-motivaționali sau externi, evenimentali, influențează exactitatea evaluării duratelor. Astfel, stările afectiv-pozitive ca și angajarea și implicarea într-o anumită acțiune sau activitate, determină subaprecierea duratelor în timp ce stările afectiv-negative, nonparticiparea și nonimplicarea în desfășurarea evenimentelor duc la supraevaluarea perioadelor parcurse. De asemenea ritmul desfășurării, multiplicitatea și varietatea evenimentelor, dar mai ales conținutul și semnificația lor, influențează în mare măsură posibilitatea estimării duratelor în care ele s-au desfășurat. Menționăm totodată că această posibilitate a estimării perioadelor parcurse poate fi „perfecționată foarte mult pe bază de exercițiu, în procesul unor activități adecvate” (Al. Roșca, 1976, p. 253).

Pe de altă parte, situațiile și evenimentele pot constitui repere valoroase în orientarea cronologică. Acest fapt a fost ilustrat cu prilejul unor experimente în care persoanele trebuiau să aprecieze durata, în condiții de privare senzorială sau „în afara timpului” (F. Halberg, 1969, p. 7). Astfel, este citată experiența lui Siffre care a rămas (voluntar) 58 zile într-o grotă, la o adâncime de 130 m., în condiții de izolare fonică și vizuală. În aceste condiții estimarea duratei a înregistrat o eroare apreciabilă — prin impresia de încetinire a trecerii timpului — autorul experienței considerând că a parcurs numai 33 zile. Același fenomen a fost constatat și într-o altă experiență de izolare efectuată pe parcursul a 180 de zile de către Mairetet care a subapreciat într-o și mai mare măsură durata în condițiile privării. În toate aceste situații, absența ambianței, a evenimentelor ca și a caracterului ritmic al desfășurării unor fenomene determină o subapreciere (subiectivă) a timpului care poate ajunge „până la 50 % din durata reală” (P. Fraisse, 1968, p. 257).

7. Biocronometrie și nosografie

7.1. *Evoluție biocronometrică și taxonomie nosografică.* Fără îndoială că cea mai veche și cea mai frecvent utilizată taxonomie din întreaga nosografie a bolilor este bazată pe durata evoluției lor, noțiunile de *acut*, *subacut* și *cronic* avînd ca primă accepțiune noțiunea de timp. Datînd din antichitate, cunoscută și descrisă de Hipocrate, această primă sistematizare a bolilor se află încă în plină actualitate, atributele de acut, subacut sau cronic fiind astăzi în mod univoc utilizate.

Ulterior, concepția ciclică asupra timpului, derivată în special din astronomie, în care timpul era divizat în cicluri (nictemeral, lunar, sezonier), determinate și delimitate de fenomenele cosmice, s-a impus și în nosografie. Această influență s-a manifestat în special asupra bolilor acute care, în condițiile evoluției lor naturale, prezentau o desfășurare ciclică.

Ciclicitatea evolutivă era mai bine ilustrată în patologia infecțioasă în care se constata un *debut* brusc și relativ nespecific, marcat de febră, mialgii, artralгии și fenomenologie cutanată eruptivă, urmat de o *perioadă de stare*, caracterizată printr-o simptomatologie evasispecifică. Finalul bolii era marcat de o „criză”, ilustrată prin acutizarea simptomelor a cărei prezență și desfășurare decidea deznodămîntul afecțiunii. Remarcată încă de Hipocrate, criza, acest moment final, dramatic al afecțiunii, păstra o semnificație prognostică particulară, ea fiind urmată de așa-zisa fază rezolutivă, de remisiune rapidă a fenomenologiei clinice.

În condiții favorabile, această evoluție ciclică a bolii se încheia prin vindecare, orice abateri de la evoluția cronologică sau simptomatologică a afecțiunii fiind susceptibile de complicații sau de un prognostic infaust. Bazat pe această biocronometrie evolutivă, medicul putea emite prezumții prognostice care de cele mai multe ori erau confirmate, fapt ce sporea nemăsurat prestigiul său profesional. Bazat pe evoluția ciclică a bolii, în fața pacienților săi care nu aveau cunoștințe de cronopatologie, el devenea din terapeut un vizionar, din medic, un mag.

Remarcăm totodată faptul că boala acută, asemenea tuturor proceselor biologice, prin această desfășurare ciclică ilustrează cu și mai multă pregnanță ordinea dialectică. Dealtfel, nu numai febrele eruptive, ci și alte afecțiuni din patologia infecțioasă sau din patologia generală atestă această ciclicitate; pneumonia francă-lobară, pleurezia sero-fibrinoasă, guta și altele se înscriu în cadența evolutivă a cronometriei. Trebuie subliniat însă că toate aceste boli sînt determinate de un factor etiologic exogen, de cele mai multe ori infecțios. Datorită acestui fapt, terapiile moderne, și în primul rînd antibioterapiile, prin promptitudinea și eficacitatea acțiunii lor, au suprimat sau în orice caz au perturbat ciclul evolutiv al bolilor, dezinvestind totodată puterea prognostică a medicilor.

Pe de altă parte însă, terapiile moderne, minimalizînd afecțiunile acute și nu rareori salvînd viețile, au ins'aurat *era bolilor cronice*; în cazul lor, amplitudinea manifestărilor clinice cedează în favoarea duratei. Spre deosebire de bolile acute a căror caracteristică era ciclicitatea, bolile cronice au ca trăsătură esențială durată; ele sînt *boli ale timpului*.

Deși lipsite de ciclicitate, bolile cronice nu au o deplină uniformitate evolutivă. Ele au, mai bine spus, o lentă procesualitate care nu le scoate complet din ciclicitate și probabil acest fapt l-a determinat pe Littré să afirme că bolile cronice sînt acelea care „își parcurg lent perioadele”.

Putem considera că în linii generale, pînă la jumătatea secolului nostru, istoria medicinei se caracterizează prin domnia bolilor acute și a evoluției lor ciclice. Deși cunoscute și invocate, bolile cronice nu erau ca atare considerate, ci erau apreciate ca sechele, cu forme diferite de gravitate, ale bolilor acute.

Terapeuticile moderne în primul rînd, dar nu mai puțin creșterea nivelului sociocultural, a calității vieții și a asistenței medicale în special, au adus în cîmpul asistenței organizate (dispensarizate) boala cronică nu numai în perioada de manifestare clinică, ci și în lunga ei evoluție torpidă, nu rareori subclinică.

Aspectele de cronometrie pot fi regăsite însă și în bolile cronice, ca dealtfel în întreaga patologie; ele se constată nu numai în periodicitatea puseelor, ci și în ritmicitatea simptomelor (ca în boala ulceroasă, astmul bronșic etc.). Alteori, periodicitatea puseelor este insuficient remarcată, acutizarea fiind determinată exogen de factori psihici, meteorologici, alimentari, conjuncturali, ca în hipertensiunea arterială, reumatism, diabet, scleroza în plăci etc. În alte situații, boala cronică este considerată aperiodică (de exemplu scleroza laterală amiotrofică, distrofiile musculare, neoplasmele etc.) deși este foarte probabil ca și aici să existe o ritmicitate evolutivă încă insuficient evidențiată.

7.2. *Boala sub unghiul evoluției temporale și caracterul relației terapeutice interpersonale.* Dacă boala acută prin evoluția sa ciclică ce ocaziona posibilități prognostice și scadențe sanogenetice a aureolat prestigiul medicului, boala cronică, prin prognosticul imprevizibil și evoluția îndelungată tinde să îl estompeze. Argumente patogenetice vin să argumenteze această concluzie; astfel, *boala acută*, de cele mai multe ori de natură infecțioasă, era considerată ca fiind *determinată de un agent exterior*, invadator, care presupunea o mobilizare atît a acțiunilor biologice, sanogenetice, cît și a elementelor propriu-zis terapeutice care, în esența lor, depindeau de medic.

Spre deosebire de boala acută, *boala cronică* nu are o cauză atît de evidentă, fiind considerată în mod empiric de *natură internă*, denumită uneori *endogenă*. Într-adevăr, bolile reumatismale, cancerale, psihozele, diabetul nu cunosc o cauză evidentă și, datorită acestui fapt, nu pot beneficia de un tratament specific, ceea ce condiționează caracterul lor cronic. În felul acesta, spre deosebire de boala acută apreciată de bolnav ca ceva exterior, accidental și tranzitoriu, boala cronică apare ca dezvoltată din propriul organism și inerentă ființei sale. În plus, evoluția îndelungată și incertitudinea prognostică vin să-i întărească această impresie. Toți acești factori consolidează anxietatea pacientului în fața bolii cronice spre deosebire de încrederea cu care el trăiește evoluția bolii acute, în ciuda amplitudinii ei simptomatologice.

În ceea ce îl privește, terapeutul, prin formația sa medicală pozitivă, este mai pregătit să considere boala ca pe un element străin, de natură exogenă, iar cînd acesta este bine cunoscut, efortul său terapeutic este mai angajat și mai bine conturat.

În plus, în virtutea instrucției și formației sale, medicul este tentat (iar alteori determinat de lipsa altor mijloace terapeutice) să trateze boala cronică prin metode clasice care, de cele mai multe ori sînt specifice tratamentului bolilor acute. Insuccesele astfel înregistrate se adaugă neîncrederii sale inițiale și au drept consecință evitarea angajării medicului

în efortul terapeutic destinat bolnavului cronic. Avînd conștiința ciclicității și finalității previzibile a bolii acute, medicul nu trebuie să omită perspectiva lentă și imprevizibilă a continuității evolutive a bolii cronice, a cărei epocă a fost în mod paradoxal deschisă de noile mijloace și succese terapeutice.

8. Dismnezie și cronopatologie

Psihologia tradițională a legat studiul timpului de procesele senzoriale, vorbind despre „percepția timpului”, atît în virtutea unor argumente fără îndoială pertinente, cît și prin analogie cu percepția spațiului. Legate de evenimentele cu care omul este confruntat, duratele pot fi nu numai percepute, ci și trăite, cu o anumită intensitate și tonalitate afectivă, determinate de semnificația acestor evenimente. La rîndul ei, trăirea, în funcție de amplitudinea și autenticitatea sa, influențează capacitatea mnezică și, în primul rînd, păstrarea și evocarea. În fond, ființa conștientă nu ar avea posibilitatea estimării duratelor și edificării noțiunii de timp fără participarea funcției mnezice; ea fixează evenimentele în trama perioadelor parcurse, stabilind în ultimă instanță întinderea duratelor. Ea realizează legătura trecutului cu prezentul, oferind posibilitatea elaborării planurilor și intervențiilor prospective. Astfel, un om lipsit de posibilitatea fixării mnezice a evenimentelor, lipsit de conștiința continuității timpului ilustrată prin unitatea dimensiunilor sale (trecut, prezent și viitor), nu poate duce mai departe o acțiune începută. Un exemplu clasic în acest sens oferă psihiatrul rus S. Korsakov, care prezintă cazul unui romancier cu amnezie de fixare; datorită acestei tulburări (survenite în urma unui traumatism cranio-cerebral), el nu mai putea continua într-o legătură inteligibilă acțiunea eroilor unui roman pe care începuse să-l scrie înainte de accident. Numeroase exemple clinice atestă faptul că procesele mnezice care asigură posibilitatea fixării, păstrării și evocării evenimentelor realizează nu numai continuum-ul trecut-prezent-viitor, ci asigură totodată raportarea noastră adecvată la dimensiunile duratei.

Legată în cel mai înalt grad de problematica timpului, funcția mnezică este un act de sinteză psihică. Prin aceasta, actul memorizării impune acțiunea de participare activă, de trăire, de construcție a prezentului.

Activismul persoanei în procesul memorării și în special al fixării a determinat conturarea așa-numitului „prezent psihologic” (Averbach) sau „prezent aparent” (W. James), căruia, unii clinicieni au încercat să-i măsoare durata, apreciind că aceasta ar fi cuprinsă între 0—12 secunde.

Referitor la perceperea duratei „prezentului psihologic” P. Janet vorbește de așa-numita „potențare a prezentului” (*présentification*), argumentînd că realizarea prezentului este inseparabilă de constituirea evocării, prezentul fiind „o evocare făcută în același moment în care noi prezentăm”; cu alte cuvinte, prezentul ar consta din transformarea acțiunii în evocare în același moment în care noi o executăm. În felul acesta, actul de potențare a prezentului devine un act intelectual în care este implicată atît conduita actuală, cît și procesul evocării; potențarea prezentului unește deci evocarea cu acțiunea, întrucît ceea ce nu poate fi trăit, actul la care subiectul nu a putut participa pe deplin conștient, nu va putea

fi evocat, ci numai repetat. Putem considera, în acest context, că există o *creativitate a evocării* prin care funcția mnezică *realizează* nu numai *actul potențării*, ci și pe acela al construcției prezentului.

8.1. *Tulburări ale delimitării prezentului de imaginile trecutului.* Uneori, în stări de tulburare a conștiinței sau de involuție senilă, bolnavul confundă trecutul cu prezentul. Astfel, în *ecmnezie* (gr. *ek*, în afară; *mnezis*, memorie), trecutul este luat drept prezent, bolnavul re trăind în prezent scene sau episoade de viață ale unei perioade de mult trăite, a căror amintire este încă bine păstrată. În situații clinice asemănătoare poate apare o slăbire sau chiar o anulare a posibilităților discriminative dintre evenimentele real-trăite și cele care au fost numai auzite ori citite sau provenite din experiența onirică a insului, fenomen denumit *criptomnezie* (gr. *kriptos*, ascuns). Spre deosebire de aceasta, în *înstrăinarea amintirilor*, bolnavul pierde conștiința propriei istorii, considerând că evenimentele real-trăite nu-i aparțin, nu sînt ale sale, fiind numai auzite, lecturate sau visate.

8.2. *Invadarea prezentului de către imaginile trecutului.* În anumite stări infecțioase (în momentul ascensiunilor termice), în narcoza cu eter sau cloroform, în șocurile insulinice, ca și în ingestia voluntară a unor substanțe psihodisleptice sau psihedelice apar anumite tulburări mnezice caracterizate prin evocări multiple, tumultuoase și incoercibile desemnate prin noțiunea de *hipermnezie* (gr. *hyper*, mai mult). O manifestare amplă, paroxistică, a hiper-mneziei în care persoana este incapabilă de a opri avalanșa imaginilor evenimentelor trăite este cunoscută sub numele de *mentism* (lat. *mens*, *mentis*, minte, spirit). În această situație pacienții au mari greutăți în capacitatea de a memora, întrucît, datorită derulării caleidoscopice a imaginilor trecutului, ei nu mai pot fixa mnezic, aspecte ale prezentului.

O situație particulară a fenomenologiei hiper-mnezice poate fi considerată *viziunea panoramică retrospectivă* întâlnită în situații de stress emoțional excepțional, în cursul marilor paroxisme anxioase, sau în crize de epilepsie temporală. În aceste momente, considerate ca unice prin amploarea lor, cei în cauză au impresia că revăd și re trăiesc imagini esențiale din propria existență.

9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice

Perceperea și trăirea timpului pot fi mai bine sesizate și mai clar interpretate prin studiul perturbării lor. Această aserțiune a lui Th. Ribot asupra „experimentului natural pe care-l constituie boala”, și a rolului său în *înțelegerea normalului* își păstrează actualitatea, observația clinică fiind încă mijlocul de investigație cel mai eficace din psihopatologie. În afară de aceasta, trebuie precizat faptul că „studiile psihopatologiei depășesc cadrul strict al medicinei, înțelegerea bolii cere o înțelegere a caracteristicilor sănătății, iar trăsăturile esențiale descoperite cu această ocazie îmbogățesc patrimoniul cunoașterii în general, inclusiv al cunoașterii filozofice” (Maria Costiner, El. Costiner, 1978, p. 117). Tocmai de aceea, studiul timpului întreprins încă din antichitate, atît de medici cît și de filozofi, a oferit date și nu rareori argumente nu numai cunoașterii medico-psihologice, ci și edificării curentelor filozofice.

Perceperea subiectivă a timpului și conduita temporală în ansamblu sint bulversate în toate tulburările conștiinței (determinate de o suferință neuronală consecutivă unui traumatism, unei intoxicații sau infecții), precum și în dezorganizările psihicului întâlnite în marile entități nosografice psihiatrice și mai ales în psihoze.

Datele și observațiile asupra percepției timpului din cadrul marilor sindroame psihiatrice și al bolilor majore a deschis astăzi un nou capitol al psihopatologiei ce poate primi denumirea de *cronopatologie*. Menționăm, cu acest prilej faptul, că noțiunea de *cronopatologie* nu trebuie înțeleasă sub aparența etimologică întrucit, deși perceperea și trăirea timpului sint alterate în majoritatea afecțiunilor psihice, nu există o „boală a timpului” și nici o „patologie a timpului”, sau a temporalității, în sensul în care vorbim de o patologie a senzorialității, a cogniției sau a afectivității. Cronopatologia ar putea reuni și interpreta tulburări ale percepției și trăirii timpului care sint întotdeauna secundare diverselor tulburări ale psihismului și, în primul rînd, ale sintezei psihice. Tocmai de aceea, cele mai grave erori în perceperea duratelor se întîlnesc în tulburările conștiinței, dezorientarea allopsihică constituind expresia lor cea mai frecventă și relevantă.

9.1. *Perceperea timpului în schizofrenie.* Boală psihică majoră care implică o profundă clivare a personalității insului, precum și o disociere a relațiilor cu realitatea, schizofrenia determină mari anomalii în percepere, estimarea și mai ales în trăirea timpului. Datorită acestei disocieri a psihismului, în schizofrenie se remarcă și o disjunctie între „timpul eului” și „timpul faptelor” sau între „timpul trăit” și „timpul spațial”, cu alte cuvinte între *cronognozie* și *cronometrie*. În felul acesta, discordanța din planul psihismului se manifestă și în privința percepției și trăirii timpului prin „discordanța temporală” pe care o putem denumi *schizocronie*.

Pe de altă parte se consideră că timpul pacientului schizofrenic și-ar pierde caracterul subiectiv, într-o tendință de obiectivare și imobilizare, spre a permite persoanei, aflate în disociere și dispersie, să-și regăsească unitatea.

Unii autori psihanaliști consideră însă boala ca o reîntoarcere a pacientului în stadiul primitiv și nestructurat al primelor luni de viață embrionară; ar fi vorba de o „retrimiterie în timp” la „stadiul preobiectal”, embrionar, „al așteptării neconștiente a satisfacerii erotice”.

Îndepărtîndu-ne de aserțiunile prezumtive și interpretările speculative ale psihanalizei, menționăm cercetările asupra timpului la bolnavii schizofreni unde se constată că aceștia prezintă: — o bună orientare temporo-spațială și autopsihică; — o relativ bună posibilitate de estimare a duratelor timpului fizic; — condensarea, comprimarea duratelor de boală parcurse; — tendința de negare a faptelor și evenimentelor trăite în timpul bolii; — incapacitatea atitudinii prospective și de proiecție în viitor.

Această ultimă observație este reluată și de alți clinicieni care analizează rolul limbajului în conceptualizarea dimensiunilor temporale la schizofreni și stabilesc o „restringere a cimpului temporal” (S. Arieti, 1974, p. 247), care constă în reducerea pînă la anulare a trecutului și mai ales a viitorului în contrast cu ipostazierea prezentului. De fapt, observații asemănătoare au fost efectuate cu mult înainte de către psihologi, care, prin studii proiective au arătat *fixarea pacienților schizofreni asupra pre-*

zentului, fapt pe care îl interpretăm ca o expresie a dificultății discriminărilor realului de ariile incerte ale posibilului. Analizînd clinic acest aspect am observat că la bolnavii schizofreni există o anumită corespondență între gravitatea afecțiunii și gradul de scotomizare a viitorului.

O situație asemănătoare este întîlnită în cadrul productivității onirice unde *fenomenologia visului se desfășoară în prezent*; indiferent de conținutul lor tematic, manifestările onirice sînt trăite în prezent chiar și atunci cînd reprezintă un fapt terifiant sau un pericol iminent.

9.2. *Perceperea timpului în psihozele delirante.* În *parafrenie* perceperea și trăirea timpului se desfășoară într-un mod asemănător cu schizofrenia, în sensul că unitățile timpului fizic nu par modificate, ele fiind organizate și folosite în diverse activități. În ceea ce privește trăirea timpului, aceasta se desfășoară în viziunea delirantă a bolnavului, întrucît el trăiește un delir a cărui amplitudine are deseori un caracter fantastic sau oniric, fapt care duce la modificarea timpului social și a raporturilor acestuia cu timpul personal; nu este vorba de o disociere a perceperei timpului, dar se poate afirma că bolnavul trăiește un *tîmp bipolar* prin prisma dimensiunii personale și sociale a acestuia. În relaționarea socială, datorită delirului său, bolnavul neagă caracterul obiectiv și real al duratelor; mai exact, parafrenicul neagă timpul în perspectiva delirului său, dar îi recunoaște caracterul obiectiv și îl apreciază în mod realist în afara delirului.

Spre deosebire de schizofrenie și parafrenie, *paranoia* nu prezintă aspecte de clivare sau bipolaritate temporală; în consecință, nu se poate vorbi de un „timp al delirului” și un timp al existenței sale sociale. Aceasta pentru că, în paranoia, delirul nu are caracterul provizoriu, epifenomenal, ca în schizofrenie și parafrenie, nu se află într-o paralelă cu bolnavul, ci este încorporat persoanei sale. Bolnavul paranoic nu relatează detașat și constatatativ delirul asemenea schizofrenicului sau parafrenicului, ci îl trăiește în deplină autenticitate, realizînd o fuziune cu delirul care îi reorganizează nu numai laturile formale ale personalității, ci și ansamblul ei, de la mobilurile motivaționale pînă la sistemul atitudinal; paranoicul nu este un bolnav care prezintă delir, ci un ins a cărui întreagă existență *este delir*. În această situație, timpul nu mai poate fi apreciat sub aspect fizic, pe de o parte, și în perspectivă delirantă, pe de altă parte., *bolnavul paranoic apreciază și trăiește timpul în funcție de conținutul delirului său cu care se identifică.*

Drept consecință a trăirii timpului în manieră delirantă, în paranoia, duratele și evenimentele acestor durate sînt regrupate și subordonate axei de cristalizare a delirului. Datorită acestui fapt, în unele stări delirante, în special cu conținut persecutoriu, bolnavul poate fi orientat mai ales asupra viitorului pe care-l supradimensionează, decît asupra prezentului pe care îl minimizează. De asemenea, pentru pacientul paranoic viitorul își pierde caracterul de probabilitate și își topește eventualitățile și variabilele într-un flux unic, rigid și viguros ce vine să întrețină și să consolideze delirul, furnizîndu-i noi date, care prin subordonarea și înlănțuirea lor catenară vor servi drept noi argumente în sprijinul sistemului ideativ delirant. Spre deosebire de *bolnavul schizofrenic la care timpul părea dezarticulat, fragmentat*, în multiple fațete, la *bolnavul paranoic timpul se prezintă compact, într-o unitate fermă, monolitică* din care sînt excluse eventualități, contradicții sau fapte aleatorii.

9.3. *Perceperea timpului în psihozele afective.* Dacă admitem că nu există o boală a timpului, o entitate nosografică în care tulburarea percepției timpului să constituie simptomul major, putem afirma că *mania și melancolia sînt afecțiunile în care trăirea timpului este cea mai intensă și mai evidentă.* În plus, puseele de manie și melancolie sînt legate de timp prin apariția lor ciclică, la anumite intervale — uneori diferite, alteori egale —, fapt pentru care au mai primit denumirea de *psihoze periodice.* De asemenea, fenomenele clinice maniacale sau depresive pot evolua într-o anumită succesiune închizînd un ciclu, fapt care a determinat denumirea acestor forme de manifestare drept *psihoze cicloide.*

În *psihozele expansive*, caracterizate în mod esențial prin exaltare afectivă și conduită polipragmatică, se ipostaziază și chiar se apoteozează clipa, momentul prezent. Deși prezintă o fragilă inserție în realitate, bolnavul maniacal este focalizat asupra prezentului, „acum și aici” constituind pentru el obiect de continuă referință. Într-adevăr, existența bolnavului maniacal pare concentrată și redusă la „acum”, la prezentul concret, palpabil, celelalte dimensiuni temporale, trecutul și viitorul fiind golite de conținut, lipsite de semnificație. Apreciat sub unghiul percepției timpului, bolnavul maniacal se caracterizează prin „absorbția trecutului și viitorului în prezent” (L. Binswanger, 1956, p. 37).

Privit sub unghiul fenomenologiei clinice, în exaltarea sa afectivă, bolnavul cu manie pare fascinat de frumusețea vieții pe care o trăiește amplu, în planuri multiple, cu tendința de a nu-i scăpa nimic din realitate. Ignorînd sau scotomizînd dimensiunea retrospectivă și prospectivă, ancorat în clipa prezentă a cărei caracteristică este tranziția, *bolnavul maniacal are impresia de concentrare a duratelor și de accelerare a desfășurării evenimentelor.* În vivacitatea sa imaginativă, în bogăția fluxului ideativ și fuga de idei, bolnavul cu manie are impresia curgerii accelerate a timpului; acest fapt este evidențiat și în unele aprecieri ale pacienților conform cărora „zilele trec prea repede” și „viața este prea scurtă” pentru a se putea „bucura îndeajuns de bucuria vieții”.

În *psihozele depressive*, starea psihică polar-opusă maniei conferă altă perspectivă dimensiunilor temporale care-i apar bolnavului dilatate, hiperbolizate, într-o desfășurare lentă, chiar imobile. În virtutea acestor considerente, melancolia — și stările depresive în general — oferă cea mai vie impresie a „trăirii” timpului. Abstrași realității fizice, concrete, depresivii par plonjați în timp și au fost denumiți „bolnavi ai timpului”, întrucît la ei simptomele au o referință și raportare temporală, evidențiind durata trăită dureros. Retragera investițiilor afective, a inițiativelor, limitarea activității la acțiuni și mai ales la acte cu caracter stereotip ca și închiderea perspectivelor cu anularea atitudinii prospective, sînt caracteristici ce concură din unghiuri diferite la *reținerea în plan subiectiv a prezentului care pentru bolnav se scurge exasperant de lent și-n față căruia el se repliază, refugiindu-se în trecut.* Spre deosebire de bolnavul maniacal ce „zbura” în timp, *melancolicul nu poate ieși din timp care este perceput ca desfășurîndu-se lent și uneori ca fiind oprit*, fapt pentru care melancolia a fost apreciată ca o „sincopă a timpului”.

În contrast cu refugiarea retrospectivă, pacientul depresiv prezintă o inaptitudine prospectivă; pentru el, viitorul nu este așteptat, dar nu este nici dorit sau prospectat, fiind de cele mai multe ori ignorat sau anulat. Într-adevăr, la bolnavul depresiv „iconoclastia trecutului merge mîna

în mână cu iresponsabilitatea față de viitor” (A. Morali-Daninos 1964, p. 119). Este posibil ca această scotomizare a viitorului să fie expresia investiției sale univoc-negative și a lipsei oricărei perspective acut trăite de pacientul depresiv.

De fapt, redimensionarea percepției timpului din manie și din melancolie poate fi regăsită în amplitudini miniaturale în condiții normale. Astfel, situațiile trăite cu o participare afectiv-pozitivă oferă impresia accelerării timpului și în consecință par mai scurte, sînt subapreciate; dimpotrivă, cele trăite cu o participare afectiv-negativă oferă impresia încetirii scurgerii timpului, fiind supraapreciate. În același sens, momentele de bucurie și satisfacție au un alt caracter decît situațiile penibile și de disconfort moral-afectiv. Desigur, la această situație contribuie și faptul că omul, în general orientat spre realizare și succes, apreciază realizările și succesele sale ca firești, înscrise în cadrul acțiunilor obișnuite; dimpotrivă, insatisfacțiile, decepțiile, insuccesele nu sînt planificate, sînt neprevăzute, avînd astfel implicații mai profunde asupra stării sale timice. În consecință, *momentele penibile și situațiile afectiv-negative au o mai mare forță de penetrație și aderență psihică, rămîn mai mult și mai puternic ancorate în gîndurile și amintirile noastre* (G. Ionescu, 1981, p. 75), oferind impresia încetirii scurgerii timpului și implicit a creșterii duratelor; dimpotrivă, situațiile afectiv-pozitive se desprind mai ușor de noi, sînt mai repede uitate, oferind impresia desfășurării mai rapide a timpului și a reducerii duratelor.

9.4. *Stările confuzionale și perceperea timpului.* Tulburările conștiinței sînt caracterizate în mod esențial prin dezorientare în timp, în spațiu și cu privire la propria persoană. Aceste momente de bulversare a conștiinței retrimite la problema unității spațio-temporale întrucît, spre deosebire de celelalte situații clinice, vizează nu numai perceperea timpului, dar și a spațiului, ilustrînd ceea ce psihopatologia denumeste „dezorientare spațio-temporală”. Astfel, bolnavul confuzional nu are conștiința duratei, nu poate face aprecieri asupra dimensiunilor temporale. În starea de disoluție a conștiinței, bolnavul are sentimentul neantizării, al destrucției și pulverizării timpului care, pentru el, este absorbit, încorporat în spațiu.

9.5. *Sindromul Korsakov și orientarea temporală.* De etiologie traumatică sau alcoolică, ilustrat clinic prin amnezie de fixare, confabulație și dezorientare, *sindromul Korsakov* conferă, poate în cel mai înalt grad, imaginea disoluției temporale. Pentru bolnav, care este în imposibilitate de a fixa faptele și evenimentele parcurse, datele și împrejurările nu se scurg din viitor spre trecut, ci, venind în prezent, evenimentele cad în gol, într-un vid mnezic, de unde imposibilitatea de a fi readuse (evocate). Bolnavul nu poate relata nici cele mai semnificative evenimente ale existenței sale (trăite în special după apariția bolii), fapt pentru care oferă impresia unei existențe lipsite de istorie, fără trecut și, în virtutea acestui fapt, fără posibilitate de orientare prospectivă. Cu toate că în *sindromul Korsakov* este invocată în primul rînd tulburarea mnezică și prosexică, bolnavul este caracterizat mai ales prin ștergerea noțiunii de timp și anularea sensului temporalității, ceea ce are drept consecință clinică imposibilitatea orientării cronologice.

9.6. *Perceperea timpului sub acțiunea drogurilor.* Anumite plante cunoscute încă din antichitate, ca *Papaver Somniferum* sau macul (din latexul căruia se extrage opiul), *Canabis Indica* (din care se extrage hașishul,

sau *marihuana*), *arbustul de Coca* (din care se extrage cocaina) etc. posedă — pe lângă alte acțiuni asupra psihicului — proprietatea de a influența perceperea timpului. De fapt, este hazardat a afirma că substanțele amintite influențează în mod particular perceperea și trăirea timpului intrucit ele produc, în diverse grade (în funcție de natura substanței și cantitatea administrată), tulburări ale conștiinței pe fondul cărora apar dezorientări în tip și spațiu, ca expresie a stării confuzionale în care se află persoana. Pe acest fundal confuzional are loc o productivitate senzorială psihotică ce anulează reperele spațio-temporale. Astfel Thomas de Quincey descrie la toxicomani „ieșirea din timp” determinată de acțiunea opiului, pacientul fiind retrimis într-un trecut impersonal sau în trecutul istoric general și obligat să trăiască „mii de ani înmormintat în sierre de piatră”, împreună „cu mumii și sfinșii, în încăperi strimte din inima piramidelor”. Redimensionarea și hiperbolizarea „perceperii” duratelor sub acțiunea drogului este menționată și de Théophile Gauthier care aprecia că starea halucinantă și terifiantă, produsă de hașișul cu care se droga, ar dura sute de ani, deși în realitate era vorba doar de zeci de minute. La rîndul său Ch. Baudelaire, redînd fazele intoxicației cu hașiș, afirma că proporțiile timpului și ale existenței sînt complet dereglate de avalanșa senzațiilor și a ideilor.

Substanțele amintite, ca și altele cu acțiune asemănătoare, antrenînd obnubilarea conștiinței, determină înlăturarea reperelor temporale, ștergerea granițelor între momentul actual și trecut sau viitor, plasarea greșită în timp a diferitelor evenimente sau împrejurări, imposibilitatea estimării duratelor.

Drogurile naturale amintite tind a fi asătăzi înlocuite cu altele sintetice, care au o acțiune mai promptă și mai amplă asupra sistemului nervos, antrenînd modificări psihopatologice mai puternice, deseori cu un caracter dramatic. În virtutea acțiunii lor, aceste substanțe (printre care se înscriu *mescalina*, *psilocibina*, *dietilamida acidului lisergic* sau *LSD₂₅* etc.) au fost denumite *psihotomimetice*, *psihodispleptice*, *psihedelice* etc.

Din acțiunea lor complexă asupra psihicului, reținem tulburările în orientarea temporală care sînt variabile de la o persoană la alta fiind descrise în mod diferit, uneori prin expresii metaforice ca „timp oprit”, „timp fragmentat”, „timp discontinuu”, sau dimpotrivă ca „prezent etern”, „aprofundare infinită” etc. Cercetările efectuate asupra acestor situații au ilustrat însă că *persoanele respective, cufundate în confuzie*, nu au posibilitatea aprecierii duratelor și nici *conștiința trecerii timpului*. În consecință aici nu este vorba atît de *încetinirea derulării timpului*, cît de *impresia opririi lui*. Datorită acestui fapt, unele persoane drogate afirmă că în cursul unei experiențe psihedelice trăiesc ani, decenii sau o viață. Deseori, continuum-ul temporal apare ca întrerupt, tăiat sau decupat ori fragmentat în episoade care se succed caleidoscopic, asemenea unor imagini fotografice într-un carusel fascinant, dar mai ales terifiant.

9.5. *Semnificația afectivă a timpului în psihopatologie*. Analiza psihologică a timpului a deschis în psihopatologie un nou capitol care abia în zilele noastre a început să-și scrie istoria. Deși studiile se află la începutul lor, considerăm că o primă observație care trebuie menționată este aceea conform căreia *cronopatologia confirmă și ilustrează adevărul fizicii moderne*, dar și al *materialismului dialectic asupra unității spațio-temporale*. Într-

adevăr, orice tulburare a percepției timpului este însoțită de tulburări în orientarea spațială; mai mult, orice dezorientare în timp este însoțită, într-un grad variabil, de o dezorientare în spațiu.

Deși greu se poate realiza în plan clinic disjuncția între dezorientarea temporală și dezorientarea spațială, putem afirma că prima conferă un grad mai mare de anxietate și perplexitate, accentuând confuzia bolnavului.

În general pentru bolnav, *timpul*, în virtutea aspectului său subiectiv, este mai anxiogen decât spațiul, ale cărui repere sînt mai accesibile simțirilor noastre în virtutea caracterului lor concret-material. Spre deosebire de timp, spațiul poate fi văzut, pipăit, transformat; el poate fi dominat, forța omului manifestîndu-se în mod concret asupra lui. Conștiința faptului că spațiul poate fi supus conferă omului în general și bolnavului psihic în special impresia de liniște și certitudine. *Spațiul are un rol tranșilizant*, chiar atunci cînd este întins, de unde efectul terapeutic pozitiv al deplasărilor în spațiu.

Prin aspectul său subiectiv, prin caracterul său imprevizibil sub raportul evenimentelor și situațiilor pe care le aduce, timpul este neliniștitor pentru bolnav care, în virtutea bolii sale, este încărcat de temeri, contorsionat de incertitudini. Timpul este susceptibil de a aduce nu numai evenimente cu implicații negative asupra bolnavului, dar el poate pune punct însăși existenței acestuia ceea ce-i sporește caracterul anxiogen. De aceea, tratarea efectului angoasant pe care timpul îl determină asupra unor persoane, trebuie edificată pe tărîmul ferm și tranșilizant al spațiului, terapia de mediu și socioterapia fiind considerate ca premise ale acestei acțiuni.

Bibliografie

- Arieti, S., *Interpretation of schizophrenia*, Basic Books, New York, 1974, p. 246—248.
- Aserinsky, E., Kleitman, *Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep*. *Science*, 1953, 118, p. 273—274.
- Baudelaire, Ch., *Les paradis artificiels*, Paris, Ed. Nilson, 1936.
- Binswanger, L., *Refléxions sur le temps et l'éthique*. *Evol. Psychiat.*, 1956, 1, p. 37.
- Bîrsan, Gh., *Timpul în știință și filozofie*, București, Edit. științifică, 1973.
- Costiner, Maria, Costiner, El., *Timp psihologic- aspecte patologice*. *Filozofie și medicină* (red. Fl. Georgescu), București, Edit. medicală, 1978, p. 117.
- Dement, W. C., *Psychophysiology of Sleep and Dreams*, in : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, London, 1966, p. 290—332.
- Fraisse, P. și col., *Le rythme veille-sommeil et l'estimation du temps*. *Cycles biologiques et psychiatrie*, Symp., Bel-Air Genève, 1967, Paris, Masson, 1968, p. 257—266.
- Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1923.
- Gschwind, M., *Untersuchungen über Veränderungen der Chronognosie im Alter*, Disertation, Basel, 1948.
- Halberg, G., *Symposium on rhythms. Proceedings of the IV-th Panamerican Symposium on Pharmacology and Therapy*, Mexico City, Excerpta Medica Foundation, 1969, 185, p. 7—39.
- Ionescu, G. *Biocronometrie și trăirea timpului în psihopatologie*, *Analele Universității București, Filozofie*, 1981, 30, p. 65—77.
- Ionescu, G., *The experience of time in ontogenesis and psychopathology*, „Revue Roumaine des Sciences Sociales”, série de Psychologie, 1982, 26, 1, p. 55—66.
- Janet, P., *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*, Paris, Maloine, 1928.
- Kant, Imm., *Critica rațiunii pure*, București, Edit. științifică, 1969.
- Lang, J. L., *Esquisse d'un abord structural des états déficitaires*. *Confrontations Psychiatriques*, 1973, 10, p. 31—51.

- Lunga, Al., *Adaptarea temporală a omului*, în : *Omul în lumea contemporană* (red. St. M. Milcu), București, Edit. științifică, 1972, p. 95—110.
- Minkowski, E., *Trailé de psychopathologie*, Paris, Press. Univ. France, 1966.
- Morali-Daninos, A., *L'évolution dans le temps des souvenirs pathologiques*, în : *Psychosomatique et chronicité* (red. P. Aboulker et col.), Maloine, Paris, 1964, p. 117—122.
- Popoviciu, L., *Somnul normal și patologic* București, Edit. medicală, 1972.
- Popoviciu, L., *Visul. Probleme de fiziologie, psihologie și patologie*, Cluj-Napoca, Edit. Dacia, 1978.
- Ralea, M., *Aminarea, condiție specifică a psihologiei umane. Scrieri din trecut în filozofie*, București, E.S.P.L.A., 1957, p. 160—194.
- Ralea, M., *Ideea de timp în conștiința modernă. Scrieri din trecut în literatură și filozofie*, București, E.S.P.L.A., 1958, p. 39—52.
- Roșca, Al., *Percepția timpului*, în : *Psihologie generală* (Al. Roșca, red.), București, Edit. didactică și pedagogică, 1976, p. 250—254.
- Roffwarg, H. P. și col., *Preliminary observations of the sleep-dream pattern*, în : *Problems of Sleep and Dream in Children*, Intern. Series of Monogr. on Child Psychiatry, New-York, 1964, 2, 60—72.
- Vaschide, N., *Le sommeil et les rêves*, Paris, Flammarion, 1918.
- Zazzo, R., *Les débiles mentaux*, Paris, Esprit, 1965, p. 624—659.

PSIHOLOGIE CLINICĂ DIFERENȚIALĂ

A. Eogenie și endogenie în psihopatologia clinică

1. Importanța factorilor psihostressanți și frustranți în etiologia și patogenia tulburărilor psihice

Concepția potrivit căreia tulburările psihice sînt rezultatul exclusiv al eredității sau al influențelor exercitate de mediu nu mai poate fi susținută de psihopatologia clinică științifică. Este un fapt cunoscut că separarea elementelor ereditare de cele achiziționate, învățate, adică separarea genotipului de fenotip, nu poate fi realizată în nici o perioadă a existenței. Mediul își poate exercita influența chiar și în perioada intrauterină, prin diversele noxe (toxice, traumatice etc.), acțiunea lor putînd fi hotărîtoare pentru viitoarea ființă umană. Actualmente, știința a depășit concepția fixității eredității, existînd posibilitatea ca unele calități, însușiri și trăsături considerate ereditare și deci în mare măsură „fixe”, să fie modificate și chiar înlocuite (B. S. Bloom, 1966; Anne Anastasi, 1967). Se vorbește, astfel, tot mai mult în ultimii ani de „mutații biologice”, cum ar fi, de pildă, fenomenul de „acelerație biologică”, ce se manifestă cu precădere în țările avansate din punct de vedere economic, și care modifică atît unele date medii biometrice (ex. talia), cît și timpul de maturizare sexuală, dezvoltarea organismului etc. (Șt. Milcu, 1966).

Cercetările efectuate asupra gemenilor monoziگوٹي au adus puternice argumente în favoarea tezei relativității factorului biologic-ereditar, evidențiindu-se cu această ocazie diferențe sensibile între ei, mărimea acestor diferențe fiind direct proporțională cu diferența condițiilor de mediu în care au fost crescuți. Astăzi, este incontestabil faptul că nici un conținut psihic nu se moștenește; pe cale ereditară se transmit doar predispoziții care numai în condiții de mediu favorabile devin și realități. Ideea aceasta, a *labilității* zestrei ereditare individuale, nu trebuie considerată însă în sens absolut: în domeniul psihopatologiei clinice mai ales, ereditatea poate pune limite clare și precise în calea dezvoltării fizice și sociale a omului. Astfel, malformațiile sau defectele înnăscute ori moștenite (cum ar fi infirmitățile și deficiențele senzoriale etc.), care au un caracter de ireversibilitate în esența lor, nu pot fi contrabalansate de nici un fel de influență a mediului.

Zestrea ereditară a unui individ nu acționează niciodată nemijlocit asupra formării personalității și, bineînțeles, nici asupra deformării ei, ci întotdeauna prin intermediul factorilor psihosociale și culturali de mediu. Individul care prezintă, de pildă, un handicap senzorial se află din punct de vedere social într-o situație specială: realizează cu greutate atît comunicarea cu semenii, cît și aprecierea corectă a celor ce se petrec în jurul său. Un astfel de ins trăiește adesea, în plan subiectiv, un puternic sentiment

de inferioritate, care-l face timid, susceptibil, neîncrezător în forțele proprii, aceste stări putînd culmina cu instalarea unei veritabile nevroze anxioase sau a unor stări paranoide.

2. Etiologia plurifactorială în patologia mintală

Factorii exogeni și cei endogeni formează o unitate dialectică intercondiționându-se în mod variat în etiopatogenia bolilor psihice, starea de boală fiind determinată de un ansamblu de cauze dintre care unele au, în funcție de boală, un rol *determinant*, iar celelalte un rol *predispozant* sau *favorizant*. Dintre acestea din urmă menționăm grupa factorilor externi (bolile somatice, intoxicațiile, infecțiile, surmenajul) și grupa factorilor interni, legați de modificarea reactivității în urma acțiunii repetate sau prelungite a unor factori psihotraumatizanți — conflictuali, frustranți și stressanți —, apăruiți în mediul familial sau la locul de muncă. Trebuie respinse, prin urmare, tendințele unor autori de a împărți în mod tranșant bolile psihice în exogene și endogene, conform unui principiu monocauzalist îngust, ignorîndu-se astfel unitatea dialectică a relației organism-mediu. Totodată, „împărțirea factorilor care condiționează apariția bolilor psihice în interni și externi este relativă, deoarece o serie de boli psihice cu mare potențial invalidant (ca schizofrenia, parafrenia, paranoia, sau unele forme ale psihozei maniaco-depresive) nu sînt întotdeauna provocate în mod exclusiv de condițiile interne și ca atare exprimarea lor clinică apare uneori favorizată de acțiunea unor factori externi (infecțioși, toxici, traumatici)” (V. Predescu, 1976). De asemenea, nu se poate vorbi de o „etiologie lineară” (A. V. Snejnevski, 1972), deoarece în bolile psihice, ca dealtfel în orice alt gen de afecțiune, nu se constituie o relație simplă între agentul patogen (infecție, traumă) și starea morbidă. În această relație intervin o varietate de factori legați de reactivitatea organismului, de constituția somato-psihică a acestuia, de condițiile interne și externe în care complexul factorilor etiologici acționează asupra organismului. Așa se explică de ce „dintr-o multitudine de subiecți supuși unor traume psihice puternice sau îndelungate, numai un număr restrîns prezintă tulburări psihice și acestea de intensitate foarte diferită. Astfel, la unii se instalează doar stări nevrotice ușoare și de scurtă durată, alții reacționează brutal prin stări de șoc emoțional urmat de tulburări nevrotice prelungite sau stări depresive, stări paranoide etc.” (V. Predescu, 1976).

Putem spune, așadar, că, deși factorii cauzali pot fi împărțiți în interni și externi, în apariția bolilor psihice, în mai mare măsură decît în alte afecțiuni, contextul biologic, psihologic și sociocultural constituie cadrul vast în care intricarea cauzelor interne și externe, a unor factori de risc și a unor condiții particulare — care trădează prezența unor atmosfere familiale tensionate, a unor raporturi interindividuale conflictuale, a unor puternice sentimente de frustrație —, poate duce la apariția unor stări psihopatologice foarte diferite ca intensitate și evoluție (ex. nevroze, stări psihice reactive, psihopatii, stări psihopatoide, toxicomanii etc.). Studiile din acest domeniu ne relevă faptul că cei mai mulți cercetători consideră că factorii care condiționează apariția bolilor psihice pot fi împărțiți, în general, în următoarele grupe: a) factori ereditari, responsabili de apariția unor oligofrenii (sau cu rol predispozant în apariția schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, parafreniei, paranoiei, psihopatiilor

constituționale), b) factori *congenitali* care pot fi infecțioși, medicamentoși, toxici etc., c) factori *perinatali* și *postnatali* (traumatisme obstetricale, infecții, intoxicații), care pot constitui cauzele unor forme de encefalopatie infantilă și a anomaliilor de dezvoltare psihică și neuromotorie, d) factori *ecologici*, legați de artificializarea mediului, poluarea lui cu noxe fizice, chimice etc., implicați într-o serie de afecțiuni psihice marginale, e) factori *sociali*, din rîndul cărora evidențiem contribuția factorilor psihostresanți, conflictuali și frustranți la etiologia și patogenia tulburărilor psihice.

Comportamentul uman este ancorat într-un complex de tendințe și trebuințe care nu prezintă însă același grad de intensitate și aceeași importanță pentru individ. Forța și valoarea trebuințelor, diferite de la individ la individ, determină, într-o măsură, natura și intensitatea procesului de „acomodare” la ambianță. În general, procesul de acomodare poate fi privit ca un efort depus pentru găsirea unor soluții sau rezolvări corespunzătoare. Într-o accepțiune mai simplă a termenului, procesul de acomodare constă în complexul de acțiuni sau activități realizate în sensul satisfacerii motivelor, tendințelor sau trebuințelor proprii. Conceptul de „acomodare” nu implică însă numai activitatea intelectuală de soluționare a problemelor ivite; acomodarea presupune participarea și a instanțelor afective și volitive ale personalității, a acelor stări sufletești și reacții comportamentale care apar, de obicei, în situațiile de constrîngere, contracariere și blocare, datorită cărora oamenii nu reacționează șablon, pe baza unor deprinderi stereotipe. Cînd exigențele realității obiective exterioare ating sau depășesc limitele de rezistență a individului, sau cînd trebuințele și scopurile acestuia întîlnesc, în calea realizării lor, obstacole exterioare sau interioare importante, adaptarea ni se înfățișează sub aspectul dominant al acomodării.

În situațiile în care un scop important nu poate fi complet realizat, iar subiectul respectiv trăiește acut efectele sentimentului de a fi nedreptățit, se vorbește de „frustrație”. Dacă viitoarea bunăstare a individului este amenințată de un pericol anticipat, este vorba de un „stress psihologic” iar cînd trebuințele intrate în competiție sînt de intensitate egală și de orientări opuse, se vorbește de „conflict”.

3. Intercondiționarea fenomenelor de frustrație, conflict și stress în patogenie

Fenomenele de „frustrație”, „conflict” și „stress” sînt în raporturi de *intercondiționare dialectică*, fiecare dintre ele putînd fi consecința celuilalt. „Frustrația” se dezvoltă din conflict (gratificarea uneia din cele două tendințe intrate în competiție implică frustrarea celeilalte), generîndu-l la rîndu-i (mai ales atunci cînd starea de frustrație este rezultatul unui act de atribuire subiectivă, nejustificată, a intenției răuvoitoare). Fenomenul de „stress” urmează, de regulă, stărilor de conflict și frustrație, îndeosebi atunci cînd acestea persistă o perioadă mai lungă de timp sau cînd ating un anumit prag de complexitate și intensitate. Nu putem nega însă și posibilitatea ca „stressul” să stea la originea fenomenelor de conflict și frustrație ca, de exemplu, în acele împrejurări cînd, fiind într-o puternică stare de depresie, de anxietate, persoana este „înclinată” să intre mai ușor în conflict cu semenii, să interpreteze diferitele situații concrete ca fiind frustrante. Raporturile de interdependență existente între fenomenele de frustrație, conflict și stress nu trebuie să ne ducă însă la identificarea lor,

aşa cum procedează unii psihologi (J. Brown, L. E. Farber, 1951 ; K. Lawson, 1965), sau la lărgirea exagerată a sferei noţiunii de frustrare, înglobând în ea toate cazurile de obstacole sau de interferenţe care împiedică obţinerea obiectului-scop. „Conflictul” reprezintă doar condiţia generală care poate duce la instalarea stării de frustrare ; pentru a se produce frustrarea trebuie să aibă loc acea „priză” de conştiinţă motivaţională prin care se atribuie *conduitei persoanei* frustrante o intenţie răuvoitoare sau prin care se găseşte cauza privării în interiorul nostru, în propriile inapetititudini şi incapacităţi. În acest înţeles, fenomenul frustraţiei este specific lumii umane el implicând, de cele mai multe ori, un raport social direct în care bariera, obstacolul se identifică cu persoane concrete considerate, pe drept sau pe nedrept, rău intenţionate faţă de individul frustrat. Pentru toate celelalte situaţii, în care obstacolul are caracter impersonal, şi „eşecul”, „insuccesul” nu este resimţit sub forma sentimentului privaţiunii sau depozitării, sint adecvaţi termenii de „sentiment al eşecului”, „senzaţie a propriei neputinţe” etc.

Toate aceste trei fenomene (conflictul, frustrarea şi stressul) constituie trepte diferite ale unei scări de rezistenţă psihofiziologică individuală la ameninţare şi implică o *coloratură afectivă* specifică. a) Situaţiei neaşteptate exterioare, care exprimă conflictul dintre individ şi ambianţă, îi corespunde treapta de „instigaţie”, care dă naştere unei activităţi de explorare, de investigare. b) Persistenţa sub forma unui obstacol sau a unui pericol a situaţiei provocatoare dă naştere pragului de „ameninţare” sau de „frustrare”, care se traduce prin sentimentul de alarmă, teamă legat de integritatea eului ; la acest prag, se produce o intensificare a motivaţiei şi a tensiunii emoţionale, care poate determina o schimbare în orientarea comportamentului : de la rezolvarea problemei, a sarcinii, către sine, în vederea păstrării integrităţii psihice. c) Atunci când prin reacţiile comportamentale adoptate nu se obţine o schimbare a situaţiei obiective, se ajunge la pragul de „stress”-propriu-zis, identificat cu perceperea pericolului, în care starea emoţională atinge intensitatea anxietăţii sau a panicii ; în acest stadiu, sporirea solicitării psihice afectează în sens negativ relaţiile cu semenii, atitudinea faţă de sine însuşi, ceea ce se observă din tendinţa spre rigiditate a răspunsurilor, incapacitatea de valorificare a experienţei proprii sau a altora, inflexibilitate etc. Acumularea treptată a oboselii, accentuarea fricii, suferinţa, lipsa de speranţă etc., duc la instalarea „pragului de epuizare”, în care activitatea constructivă se reduce la minimum, mecanismele de apărare devenind insuficiente.

Trăirea tensiunii afective la diferite niveluri de intensitate — cel al „conflictului”, „frustraţiei” sau „stressului” — depinde, nu atât de natura şi forţa de acţiune a factorilor contrarianţi şi frustranţi, cât mai ales de gradul maturizării afective şi morale a subiectului, de gradul organizării şi integrării sociale a personalităţii acestuia, de nivelul aspiraţiei individuale intrate în conflict şi de semnificaţia acordată factorilor conflictuali şi frustranţi de către subiect, prin procesul de evaluare şi interpretare. Astfel, se dovedesc frustrate, mai ales persoanele egoiste şi revendicative care nu reuşesc, datorită egocentrismului lor psihologic exagerat, să se autoaprecieze corect, să se transpună în conştiinţa altuia, să adopte punctul de vedere al semenului, chiar atunci când acesta întrece în obiectivitate şi justete propriul punct de vedere. Din această incapacitate de înţelegere şi asimilare a trăirilor şi motivaţiilor altora rezultă şi acele atitudini de

„raționalizare”, în sensul justificării prin argumente, în aparență logice, a unor tendințe egoiste, meschine.

Clinica diverselor afecțiuni arată că în etiologia acestora un rol mai mare sau mai mic îl joacă factorii psihotraumatizanți, de tipul conflictelor, frustrărilor și agenților stressanți. Este cunoscută, de pildă, importanța deosebit de mare a acestor factori în tulburările psihosomatice (hipertensiune arterială, boală ulceroasă etc.), în afecțiunile hepatice, renale, cardiace ca și în bolile de metabolism. În toate aceste cazuri, trauma psihică nu constituie însă factorul etiologic principal și determinant; ea nu face decât să accentueze acțiunea principalilor factori etiologici, specifici bolilor respective. În schimb, într-o serie de alte afecțiuni, trauma psihică reprezintă principala cauză a bolii, deși apariția ei poate fi favorizată și de alte noxe. Astfel, în nevroze, în stările psihice reactive, în psihopatii, în stările psihopatoide, situația psihotraumatizantă constituie punctul de plecare al bolii, determinând simptomatologia ei principală.

Nevoia de recunoaștere a realizărilor, aprobarea pe care o așteptăm din partea colectivului și indiferența, neîncrederea sau ostilitatea, dau naștere conflictului emoțional, cu tensiune nervoasă corespunzătoare. Incapacitatea de a continua o acțiune din cauza unui obstacol (exterior sau interior), imposibilitatea de a pune în acord trebuințele interne cu cele ale ambianței, discrepanța dintre posibilități și solicitare etc., sînt tot atîtea situații care produc conflicte emoționale.

Restabilirea echilibrului poate fi realizată numai dacă vom reuși să repunem creierul în situația de a controla emoțiile, de a efectua o selecție și o interpretare judicioasă a mesajelor, condiție indispensabilă ajustării răspunsurilor la calitatea și intensitatea stimulilor interni sau externi. Afirmarea sau consolidarea în conștiința bolnavului a importanței sarcinilor care îi stau în față și a posibilității de a le aduce la îndeplinire, poate juca un rol important în tratamentul nevrozelor. Generînd o astfel de dominantă putem evita perseverarea bolnavilor în cele trăite, putem evita apariția unor modificări ale personalității în totalitate, în sensul instabilității ei, putem evita obișnuința cu fenomenele nevrotice proprii (concentrarea atenției asupra fenomenelor patologice poate duce, se știe, la accentuarea lor și la agravarea stării generale a suferindului). Măsurile de profilaxie a nevrozelor trebuie să prevadă, în plus și acțiuni propriu-zise de combatere a tuturor factorilor care prin existența lor pot produce conflicte emoționale și suprasolicitări nervoase. În acest sens, deschiderea față de semenii și renunțarea la egoism, înțelegerea corespunzătoare atât a ceea ce ni se cuvine cît și a ceea ce datorăm în plan social, stimularea succesului în activitate, „sancțiunile premiale” (M. Ralea, 1962), prin emoțiile pozitive pe care le generează, pot constitui tot atîtea elemente menite să instaureze condițiile unui armonios climat social, precum și încrederea în forțele proprii și interesul în munca de fiecare zi.

Bibliografie

- Anastasi, Anne, *Individual Differences*, New York, John Wiley and Sons, 1967.
Bloom, B. S., *Stability and Change in Human Characteristics*, New York, John Wiley Comp., 1966.
Brânzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.
Brown, J. Farber, L. E., *Emotions conceptualized as intervening variables with suggestion toward a theory of frustration*, în : „Psych. Bull.”, 48, 1951.
Lawson, K., *Frustration. The Development of a Scientific Concept*, New York, McGraw-Hill, 1965.

- Milcu, St., *Genetica și pedagogia*, „Revista de pedagogie” nr. 3, 1966.
 Minkowski, E., *Traité de Psychopathologie*, Paris, P.U.F., 1966.
 Predescu, V., *Clasificarea bolilor psihice și unele probleme de etiologie și evoluție*, în *Psihiatrie* (red. V. Predescu), București, Edit. medicală, 1976.
 Ralea, M., Hariton, T., *Sociologia succesului*, București, Edit. științifică, 1962.
 Kerbikov V. și colab. *Psychiatrie*, Moscov, Edit. Mir, 1972.

B. Psihologia bolnavului cu tulburări senzorio-motorii de origine centrală

Între nivelul senzorial propriu-zis sau cel efector cerebral și nivelul superior de decizie, în creierul uman se intercalează niveluri intermediare de integrare. Caracteristica lor constă în construirea unor *modele*, scheme complexe, care pe plan senzorial permit recunoașterea globală, iar pe plan motor prefigurează o acțiune. Funcțiile acestor niveluri se numesc pentru sensorium „gnozii”, pentru motricitate „praxii”. În cadrul sistemului specializat de comunicare, care este limbajul, se combină de asemenea un sistem superior de decodare cu unul efector de încodare. Acest sistem al limbajului se situează deasupra celor gnozice și praxice, la individul normal fiind strins legat de funcțiile de decizie.

Spre deosebire de funcțiile superioare unde surprindem numai rar și parțial suportul anatomic localizat, gnoziile, praxiile și chiar limbajul pot fi localizate în creier, desigur nu în mod absolut. Leziunea unei zone bine determinate va genera o *agnozie*, o *apraxie* sau un tip de *afazie* anumit.

1. Agnoziile sub unghi neuropsihologic

Termenul *agnozie* în neuropsihologie definește o tulburare a recunoașterii excitațiilor venite din mediul extern sau intern. Pentru a putea diagnostica o agnozie trebuie ca organul de simț, căile de transmisie și nivelul primar de integrare cerebrală să fie intacte. Nu se poate discuta de agnozie vizuală la un bolnav cu nervii optici secționați.

Agnoziile diferă după funcția atinsă (vizuală, auditivă), după laturi ale funcției (culoare), după funcții speciale (orientarea pe hartă).

1.1. *Agnoziile vizuale* : a) *Agnozia vizuală-tip* : nerecunoașterea obiectelor și imaginilor, de obicei într-un singur cîmp vizual (*hemiagnozie*). La prezentarea unui obiect în hemicîmpul vizual atins bolnavul spune că vede ceva, dar nu știe ce. Din obiectele răspindite pe o masă, din cele din cameră sau la proba Poppelreuter și variantele ei, nu poate numi decât pe cele din cîmpul vizual intact. Grade de gravitate a tulburării :

— *Inatenție vizuală unilaterală* sau neglijarea vizuală unilaterală, în care bolnavul poate spune ce este numai dacă i se atrage atenția, în mod spontan neglijînd obiectele din aceea parte. De asemenea, le recunoaște izolat în fiecare cîmp, dar nu-l observă pe cel din cîmpul atins dacă se prezintă concomitent.

— *Aгноzia vizuală unilaterală*, în care obiectul nu este recunoscut în hemicîmpul respectiv, nici dacă obiectul e singur și i se atrage atenția bolnavului. Apar diferențe între leziunile din dreapta și din stînga (G. Gainotti și R. Ibba, 1968).

— *Asocierea unei hemianopsii cu hemiagnozie* împiedică conștientizarea deficitului hemianopsic, producînd anozognozia hemianopsiei. Bolnavul nu caută să vadă prin deplasarea cîmpului conservat.

— *Aгноzia vizuală bilaterală*, foarte rară, permite recunoașterea numai drept în față. Apare în leziuni bilaterale occipitale sau rar în cele din stînga.

Localizarea hemiagnoziilor este parietală posterioară sau parieto-occipitală de partea opusă tulburării.

b) *Aгноzia vizuală pentru întreg* (simultanagnozia): obiectele mari nu sînt recunoscute, cele mici și detaliile nu pun probleme.

c) *Aгноzia pentru culori* apare în fazele de remisiune ale agnoziilor vizuale. Formele sînt recunoscute, culorile nu.

d) *Prosopagnozia* constă în nerecunoașterea figurii persoanelor prezente sau a fotografiilor. Identificarea se face după voce sau îmbrăcăminte. Apare în leziuni occipitale sau occipito-parietale ale emisferului minor.

e) *Aгноziile vizuo-spațiale*: a. *generalizate*, cu incapacitate de a percepe relații spațiale; b. *agnozia pentru hărți și planuri* cu pierderea memoriei *topografice* apare în leziunile răspîntiei parieto-temporo-occipitale. Bolnavul nu desenează o jumătate a hărții, uită să pună orașele din acea jumătate sau le pune în cealaltă, descrie imobilele importante numai de pe o jumătate a unei străzi; c. *Pierderea memoriei vizuo-spațiale* cu imposibilitatea de a-și reprezenta vizual un obiect; este o formă rară, întîlnită în leziuni grave occipitale bilaterale.

f) *Cecitatea corticală și sindromul Balint*: a. cecitatea corticală constă în imposibilitatea de a vedea *conștient* cele din jur, bolnavul avînd impresia că vede, uneori confabulînd; b. *sindromul Balint*, cu imposibilitate de a urmări conștient cu privirea, de a fixa un punct și asociat cu inatenția vizuală se poate combina cu precedenta, dînd forme de tranziție. Apar în leziuni occipitale bilaterale sau în cele din stînga cu atingerea conexiunilor interemisferice.

1.2. *Aгноzii senzitive* în cadrul cărora se înscriu:

Astereognozia cînd de partea opusă a unei leziuni parietale anterioare apare imposibilitatea de a recunoaște un obiect prin pipăire și *ahilognozia* datorită căruia pacientul nu poate deosebi grosimea, greutatea și rugozitatea obiectului.

1.3. *Tulburări somatognozice*: a) *Asomatognozia*: bolnavul nu recunoaște părțile propriului corp de partea opusă leziunii.

b) *Anozognozia hemiplegiei*: nu știe că e paralizat, *anozodiaforia*: nu acordă importanță paraliziei și *autotopoagnozia*: nu poate descrie partea paralizată; tulburările apar mai ales în leziunile emisferului drept, lobul parietal. Se pune problema importanței emisferului nedominant în integrarea informațiilor primite din spațiul corporal personal.

c) *Tulburările schemei corporale*, cu aceeași localizare ca precedentele, pot fi *neparoxistice*, mai marcate la membrul superior, în care bolnavul neavînd conștiința dimensiunilor corpului său se lovește de mobilă sau se ferește exagerat, iar subiectiv simte o dilatare sau micșorare, senzații de forță exagerată sau de trup straniu. Cele *paroxistice* nu sînt legate numai

de emisferul minor și se manifestă ca absența, dilatarea sau micșorarea unui membru, ca plutire, dezintegrare etc. Membrul fantomă al amputațiilor ocupă un loc intermediar.

d) *Agnosia digitală*, în care degetele proprii sînt confundate cu ale examinatorului, e specifică emisferului dominant, poate în legătură cu numărul pe degete, legat de limbaj.

1.4. *Agnosii auditive*. Sînt cele mai rare, din cauza repartiției mai puțin riguroase emisferice a senzațiilor auditive în fazele superioare de integrare.

a) *Agnosia auditivă totală*: nu discriminează sunetele între ele și nu le localizează; b) *agnosia muzicală*, limitată la sunetele muzicale și memorizarea lor, și *agnosia c) zgomotelor*, care sînt resimțite deosebit de muzică, dar nu sînt discriminate între ele.

Studiul agnoziilor permite separarea unei părți a procesului perceptiv, prin localizarea unui nivel de integrare situat deasupra receptorului cortical primar.

2. Apraxiile sub unghi neuropsihologie

Apraxiile sînt tulburări ale nivelului de organizare a schemelor motorii. În examinarea lor trebuie să se țină seama de integritatea funcției motorii elementare.

2.1. *Apraxii globale*: a) *Apraxia ideomotorie* constă în imposibilitatea de a executa, la cerere, acțiuni și unele gesturi, deși bolnavul le poate descrie și chiar efectua spontan într-o oarecare măsură. Se examinează *gesturi simbolice* (salutul militar), *acțiuni intranzitive* (fără obiecte); ca imitarea formării cu degetele a unui cerc sau a unei verigi, acțiunea cum se bate un-cui sau se aprinde o țigare, și *acțiuni tranzitive* (cu un obiect), ca plierea unei foi de hîrtie, aprinderea unui chibrit. Activitatea motorie spontană este tulburată numai în detalii de executare. În activitatea motorie la cerere acțiunile intranzitive sînt grav atinse, cele simbolice și tranzitive mult mai puțin sau deloc; descrierea mișcării este posibilă. Localizări: în apraxia ideomotorie bilaterală, leziunea se află în lobul parietal, emisfer dominant; în apraxia ideomotorie homolaterală și hemiplegie contralaterală, leziunea este localizată fronto-parietal, emisfer dominant; în apraxia ideomotorie stîngă, leziunea se află în corpul calos.

b) *Apraxia ideatorie*: acțiunile nu se pot executa și nici descrie. Toate acțiunile, tranzitive, intranzitive, la cerere sau spontane sînt tulburate. Rămîn intacte numai unele automatisme. Descrierea succesiunilor de mișcări dintr-un act motor devine imposibilă. Localizarea este parieto-temporală, emisfer dominant.

c) *Apraxiile constructive*: dificultate de a construi, desena, ordona. Se fac probe de desen copiat și la cerere, figuri din bețe de chibrituri, construcții cu cuburi și teste de spațialitate. Trebuie să se poată judeca dreapta-stînga, sus-jos și perspectiva pe modelele cerute.

Localizarea apraxiilor constructive este parietală mijlocie și posterioară. Există o strînsă legătură între apraxiile constructive și spațialitate, funcția gnozie, dar și praxică. Ipoteza că emisferul nedominant ar fi predominant în spațialitate nu s-a confirmat.

2.2. *Apraxii localizate.* a) *Apraxia facio-buco-linguală (și guturală)* se caracterizează prin incapacitatea de a realiza voluntar mișcările feței, buzelor, obrazilor, limbii și gâtului. Se asociază deseori cu afaziile nefluente, agravându-le prognosticul. Localizare, în partea inferioară a zonei motorii din hemisferul dominant în condițiile unor leziuni repetate sau bilaterale (E. De Renzi și colab., 1966).

b) *Apraxiile mimicii, deglutiției voluntare, globilor oculari* sînt rare.

Apraxiile pot fi corectate prin exerciții speciale, cea buco-linguală prin exerciții de gimnastică a feței. Creierul are o mare capacitate de compensare pentru agnozii și apraxii, persistența lor indicînd fie o leziune evolutivă, fie leziuni multiple.

3. Afaziile sub unghi neuropsihologic

Afaziile sînt tulburări expresive și receptive dobîndite ale limbajului logic vorbit și scris, produse de leziuni cerebrale ale zonelor specifice din hemisferul dominant. Limbajul afectiv este conservat.

3.1. *Noțiuni lingvistice în legătură cu afazia.* Cele 4 funcții de bază ale limbajului care pot fi atinse în afazie sînt: înțelegerea (decodarea) celor spuse de interlocutor, exprimarea (încodarea) verbală, lexia (decodarea) celor scrise, grafia (încodarea scrisă).

Nivelurile lingvistice. Limbajul articulat al omului cuprinde o treaptă nesemantică (foneme sau litere) și una semantică (cuvinte și sintagme). În simptomatologia afaziei se evidențiază nivelurile din cadrul lor.

Nivelul fonematic: foneme luate izolat. Erorile din afazie apar pe baza înrudirilor fonemelor (d-t, r-l, t-k, s-ș etc.).

Nivelul fonologic: în afazie legile grupării fonemelor pun probleme la încodarea (inclusiv scrisul) diftongilor și grupelor bi- și tri-consonantice. În general afazicul preferă succesiunea consoană-vocală.

Nivelul silabelor, articulator: unii afazici transcriu silaba printr-o singură literă.

Nivelul cuvîntului: este tulburat ca formare (grupare corectă a fonemelor), cît și ca articulare sau decodare, ca legătură între formă și sens, ca sferă și cîmp semantic. Flexiunile lui gramaticale (nivelul morfemic) sînt un element de disgramatism.

Nivelul sintagmelor: al grupării cuvintelor, care îmbogățește sensul și creează fluentă, poate fi tulburat în afazie, fie în sensul sărăciei sintagmelor, fie în cel al incorectitudinii lor.

Nivelul semantic: la afazici cuvintele ce poartă sens propriu sînt reduse, cele operaționale sau modificatoare de sens sînt greșit și slab utilizate (A. Kreindler și L. Mihăilescu, 1970), substitutele apar în exces, ca și cuvintele cu care se cîștigă timp, cele afective, cele care comentează întrebarea sau răspunsul. Proporția de cuvinte ininteligibile, de repetări, stereotipii verbale, neadecvate etc. este crescută. În privința decodării, afazicii înțeleg mai bine cuvintele purtătoare de sens propriu și decodează greu pe cele operaționale, deci și nuanțele sintagmei întregi.

3.2. *Noțiuni anatomice în legătură cu afazia.* Legătura dintre porțiunea superioară a lobului temporal al emisferului dominant și limbaj (sau tulburările de limbaj) este de mult demonstrată. Zona anterioară (Broca) e legată de exprimare și fluentă, cea posterioară (Wernicke) — de înțele-

gere și denumire, scrisul — de porțiunea cea mai anterioară, cititul — de cea postero-superioară (*gyrus angularis*). Dar acestea nu par a constitui un „centru al limbajului”, ci ar fi zone de trecere preferențială, în care se realizează anumite legături între circuitele neuronale, prin care trec impulsurile legate de limbaj. Formate în prima copilărie, pe fondul genetic specific uman, legate de dominanța emisferică, ele se mai pot transfera de partea opusă în primii 5 ani de viață, ceea ce pledează împotriva unor centri în sensul motor sau senzorial. Tot în această direcție ne-ar orienta tulburările afazice din nucleii talamici (G. A. Ojeman și colab., 1968).

3.3. *Examinarea bolnavului afazic*. Se poate face estimativ, calitativ, clinic sau pe baza unor metode cuantificate. Există numeroase metode de examinare, dar, pe drept obiectează M. Taylor-Sarno (1976), ea însăși autoarea unei metode obiective, cele mai multe concluzii eronate provin din metode subiective de examinare. I. Voinescu și colab. (1971) au pus la punct o metodă obiectivă pentru afazicii români, bazată pe : a) conversație în interviu-standard înregistrat în care se analizează caracteristici lingvistice (text, lexic, flexiuni și raportul dintre ele), parafaziile fonetice ca frecvență și comprehensibilitate, valoarea de comunicare (elementul cel mai important); b) teste de expresie verbală, recepție verbală, lexic și grafie. Remarcăm că valoarea testelor corespunde mai puțin adevăratei capacități de comunicare decît analiza interviu-ului standard. Pentru forme inaparente și cuantificarea tulburărilor receptive verbale se folosește Token-testul lui E. De Renzi și colab., 1962, adaptat la români (A. Kreindler și colab., 1971).

3.4. *Simptomele afaziei* : *Anomia*, dificultatea de a exprima cuvîntul adecvat, mai marcată pentru substantive, apare și pentru alte părți de cuvînt, în funcție de frecvență și familiaritate. Afazicul se oprește negăsind cuvîntul, folosește o perifrază („cu care tai” pentru cuțit), un substitut (asta, așa, aia); o stereotipie („nu știu”) sau „trage la țintă” cu foneme, căutînd să nimerească cuvîntul adecvat.

Parafaziile sînt de două tipuri : a) *verbale*, folosirea unui cuvînt în locul altuia, deseori din același cîmp semantic; b) *fonetice*, substituîrea sau lipsa unui fonem, foneme în plus sau cu poziție schimbată. Aceste schimbări pot face cuvîntul incomprehensibil, punînd problema unei „neoformații” verbale, deseori imposibil de diferențiat de parafazia fonetică gravă. Totuși, în evoluție devine uneori posibil : „scaun” trece prin fazele „tanașu”, „șatamu”, „ștamu”, „stanu”, „scanu”, în decurs de o lună.

Stereotipiile verbale pot fi : *nesemantice* („dododo” sau „tititi”) cu intonații afective corecte, formînd pseudofraze, *semantice simple* (mamă, doamne-doamne) sau *semantice complexe* („nu pot să spun”, „nu știu”). Ele pot înlocui tot limbajul sau apar numai sporadic.

Perseverarea se manifestă în *expresie*, bolnavul răspunzînd cu același cuvînt, deși își dă seama că greșește și caută să se corecteze. Alteori, o formă gramaticală produce această *intoxicație*, ca genitivul sau persoana a doua plural (mai ales în cursul reeducării). În *recepție* se produce intoxicația cu un ordin sau o întrebare, toate răspunsurile afazicului referindu-se la primul dintr-o serie.

Disconexia cuvintelor este tendința unor afazici de a rosti cuvintele izolat, fără a le conecta în sintagme, persistînd numai sintagme stereotipe ca „nu pot să spun”. Într-o fază intermediară apar forme verbale cu verbul

a fi, a avea sau a se duce, care leagă oarecum propozițiuni. Disconexia este însoțită de lipsă de fluentă, dar unii afazici nefluenți reeducați pot trece printr-o fază când formează sintagme destul de bine, deși deficitul de fluentă este încă marcat.

Disgramatismul cuprinde două elemente : corectitudinea și complexitatea gramaticală. În afaziile fluente complexitatea este păstrată, în cele nefluente ambele elemente suferă. Corectitudinea cuprinde mai multe niveluri : sintactic, al flexiunilor gramaticale și acordurilor, al folosirii cuvintelor operaționale etc.

Surditatea verbală este aspectul principal al tulburărilor receptive verbale. Decodarea mesajului auzit este deficitară, în funcție de mai mulți factori : a) cuvintele cu mai mulți marcanți (consoane) și mai lungi se decodează mai ușor ; b) decodarea e mai bună pentru substantive decât pentru verbe și mai ales prepoziții și conjuncții ; c) mesajele la care afazicul se așteaptă sînt mai bine decodate (context psihologic) ; d) mesajele redundante, mai bine decât cele eliptice ; e) mesajele care trezesc o motivație puternică.

Jargonafazia, care constă în folosirea unui număr mare de cuvinte ininteligibile (jargon) și neadecvate, este asociată cu surditatea verbală, fiind consecința imposibilității bolnavului de a se auzi pe sine însuși și deci de a se corecta cînd greșește. Intervine însă și un factor de „feed-back”, de autocorectare prin „auzire” în creier, a cuvîntului programat să fie rostit.

Echolalia constă în repetarea, fie identică, fie cu mici schimbări, a celor spuse de interlocutor, chiar dacă afazicul nu a înțeles nimic.

3.5. Afazia și funcțiile psihice. Legătura dintre tulburarea de limbaj și funcțiile psihice a suscitat multe discuții, părerile fiind împărțite. Un bolnav cu un deficit psihic poate face o afazie, ca în arterioscleroza cerebrală. Deficitul poate fi datorat pierderii de substanță cerebrală, unei agnozii sau apraxii asociate afaziei. A. L. Benton (1967) recomandă folosirea unor teste neverbale și selecția subiecților, eliminînd sau ținînd seama de asocierea altor sindroame (apraxii, agnozii) sau a tulburărilor psihice pre-existente. Compararea performanțelor trebuie făcută și cu lezați cerebrali neafazici.

La unii afazici se remarcă o reducere a performanței de *atenție*, atît la teste tip Bourdon-Amfimov, cît și în privința mobilității (cu specificul unei inatenții spre dreapta). Nu afazia, ci leziunea cerebrală în sine pare a fi incriminată. *Memoria*, relativ puțin atinsă, pare a fi ceva mai redusă în forma numită afazie amnestică.

Gîndirea afazicilor este identică cu cea a normalilor în privința tipurilor de strategie folosite, chiar dacă pe serii mari apare o frecvență mai mare a strategiilor inferioare. În condiții normale afazicul raționează normal, dar în situații noi unii afazici au dificultăți. Pe grupuri de afazici se remarcă un deficit la testele neverbale de inteligență, care pare a fi în legătură numai cu gradul tulburării de decodare, nu și de încodare (I. Voinescu, N. Gheorghită, 1975). Deci numai latura receptivă a limbajului ar interveni în gîndire. Menționăm că în privința mobilității gîndirii, nu limbajul ci leziunea cerebrală produce deficitul.

Comportamentul afectiv al afazicilor se caracterizează printr-o exagerare a trăsăturilor premorbide, ce poate atinge intensități psihotice în rare cazuri.

K. Goldstein (1948) a afirmat că afazicii ar utiliza mai bine cuvintele legate de noțiuni *concrete*. Experiența ne-a arătat că în realitate este vorba de un fenomen de frecvență și familiaritate, majoritatea oamenilor folosind mai mult cuvinte concrete. Am observat afazici la care cuvinte abstracte se restabileau înaintea celor concrete, intervenind și elemente motivaționale, de preocupări permanente.

3.6. *Clasificarea afaziilor*. Deși există peste 30 de clasificări ale afaziilor, niciuna nu este satisfăcătoare, deoarece fiecare afazic este un caz în sine, care prin evoluție, trece dintr-o formă într-alta. Formele intermediare sînt cele mai numeroase. Majoritatea clasificărilor țin seama și de tulburările de decodare și de cele de încodare, dar nu și de evoluție. Clasificarea cea mai folosită la noi este : a. afazii predominant expresive ; b. afazii predominant receptiv ; c. afazii amnestice ; d. afazii globale. În ultimii ani, pe plan internațional, criteriul expresiv devine unic, afaziile fiind fluente sau nefluente. În practica recuperării folosim o clasificare personală dinamică.

a) *Afazii nefluente*. a. *Combinată cu apraxie buco-linguală*. Foarte mari tulburări de exprimare încă de la nivel articulator. În cazurile favorabile evoluează spre stilul telegrafic, cu tulburări fonetice în plus, fluenta redobîndindu-se foarte rar. b. *Forma Broca*. După o fază inițială în care și găsirea sau articularea cuvîntului sînt dificile, persistă dificultatea de a conecta cuvintele și de a vorbi fluent. În cazurile favorabile evoluează spre stil telegrafic sau afazie amnestică de origine nefluentă. c. *Forma cu stil telegrafic* provine din cele precedente. După caz, pot persista mici tulburări fonetice sau de denumire, sau apar începuturi de conexie sintagmatică. În afaziile nefluente pot coexista tulburări receptiv, în proporții reduse de obicei, ca și diferite tulburări de lexie și grafie.

b) *Afaziile fluente*, numite și de tip Wernicke, prezintă mari tulburări receptiv asociate, cel puțin la începutul lor, ca și proporții variabile de dislexie și disgrafie. Dar caracteristica lor principală rămîne asocierea în exprimare a anomiei cu o bună fluentă. a. *Forma cu jargonafazie și dislexie*, cea mai gravă, asociază tulburări receptiv majore cu jargon, anomie, parafazii fonetice și verbale. Evoluează greu spre o afazie amnestică cu tulburări fonetice asociate. b. *Forma cu jargonafazie fără dislexie* are simptome asemănătoare, dar conservarea funcției lexică mărește șansele de evoluție favorabilă. c. *Forma fără jargon*, cu tulburări receptiv grave și anomie, dar cu proporție redusă de parafazii fonetice, evoluează de regulă spre afazia amnestică fluentă.

c) *Afaziile zise amnestice* (termenul e folosit deși memoria este deseori intactă). Caracterizată prin anomie, fără alte tulburări marcate, poate fi inițial amnestică sau rezultatul evoluției altei forme.

— *Afazia amnestică de tip fluent* : anomia, mai marcată la teste de denumire decît în conversație, poate bloca temporar fluenta, care e bună în general. Se pot asocia mici tulburări fonetice sau receptiv.

— *Afazia amnestică de tip nefluent* are o anomie mai marcată pentru verbe și alte cuvinte decît precedentă, deși deficitul substantivelor rămîne predominant. Fluentă este parțial redusă. Anomia este mai marcată în conversație, deoarece reducerea ușoară a fluentei nu permite folosirea perifrazelor și a altor forme deturnate de a cîștiga timp. Provine din afazii Broca mai ușoare sau din forme mixte.

d) *Afaziile zise transcorticale* sînt forme tranzitorii, cu echolalie, care se transformă după cîteva zile sau săptămîni; a. *forma senzorială*: echolalie asociată cu mari tulburări receptive; b. *forma motorie*: conservarea repetării și citirii cu voce tare în contrast cu vorbirea spontană imposibilă. Tulburări receptive moderate.

e) *Afaziile mixte*. Foarte mulți afazici intră în această categorie, fie de la început, fie în cursul evoluției. Aspectul afazicului este nespecific unei forme la cele mai multe afazii mixte, cu excepția unui aspect mai specific, *afazia de conducție*, avînd tulburări receptive grave la început, dar cu remisiune rapidă, pe cînd tulburările expresive de tip anomic și cu parafazii ating grav și persistent vorbirea spontană. În mod paradoxal repetarea este absolut imposibilă, pe cînd spontan tot mai apar performanțe minore.

f) *Forme „pure” în afazie*. Deși s-au descris în afazie anartrii, surdități verbale, alexii sau disgrafii „pure”, cazurile ridică dubii.

În general, credem că la un afazic este mai important să cunoaștem cantitativ performanțele lui de limbaj în diferite laturi, decît să încercăm să-l introducem neapărat în tiparul rigid al unei clasificări al cărei scop este mai mult didactic.

3.7. *Cîteva probleme asupra afaziei*: *Afazia dobîndită la copii*, la cei care au vorbit înainte de boală, se remite spontan pînă la 5—7 ani, uneori pînă la 12 ani. Predomină formele fluente.

Dislexia-disgrafia copiilor cu inteligență și condiții socioculturale normale este frecventă (25 % în țări cu scriere nefonetice) și corectabilă prin metode adecvate. Fără a fi o afazie, s-ar datora unei „slăbiciuni funcționale” a lobului temporal stîng, deci a unor zone legate de limbaj.

Afazia la surdo-muți și nevăzători dezorganizează codul digital gestual labiolexia și respectiv citirea în Braille.

Afazia la poligloți. Limba cea mai utilizată în ultimul timp se reface prima, fiind și mai puțin tulburată ca performanțe expresive. În privința decodării diferențele între limbi bine cunoscute sînt foarte puțin marcate (I. Voinescu și colab., 1977). Factori circumstanțiali, motivaționali și legați de achiziția limbii respective pot modifica regula de bază.

3.8. *Recuperarea afazicilor*. În primele 3 luni la vasculari sau 6 luni la traumatici ne putem aștepta la o *recuperare spontană* parțială sau totală. Ulterior se mai pot efectua progrese, fie prin *antrenament nesistematic*, efectuat de familie și bolnavul însuși, dar mai ales prin *tratament sistematic* efectuat sub conducerea unui specialist, cu metode specifice. Nu există o certitudine că acest tratament ar grăbi recuperarea spontană, deși e probabil. Tratamentul sistematic combină metode psihoterapeutice cu altele pur tehnice, și este în primul rînd semantic (reface legătura sens-cuvînt și sens-sintagmă) și sintagmatic (leagă corect cuvintele între ele (I. Voiculescu și N. Gheorghită, 1977). Metodele fonetice logopedice trebuie reduse la strictul necesar, putînd deveni nocive, iar cele globale (J. Wepman, 1972) sînt numai ajutoare. Tehnicile se realizează prin stimulare, facilitare, creșterea motivației și fixare, ultima fiind cea mai dificilă. Momentul începerii și durata terapiei sînt individuale, dar terapia intensivă pare a fi preferabilă. În afara recuperării totale, la mulți afazici condiții defavorabile limitează obiectivul și rezultatele recuperării.

Bibliografie

- Benton, A. L., *Problems of test-construction in the field of aphasia*, „Cortex”, 1967, 3, p. 32—58.
- De Renzi, E., Pieczuro, A., Vignolo, L. A., *Oral apraxia and aphasia*, „Cortex”, 1966, 2, p. 50—73.
- Gainotti, G., Ibba, R., *Su alcune modificazioni di „negligenza” per l'emispazio da lesione emisferica sinistra*, „Giorn. Psichiatr. Neur”, 1968, 96, p. 305.
- Goldstein, K., *Language and language disturbances*, New York, Grune Stratton, 1948.
- Kreindler, A., Mihăilescu, L., *Operational words in aphasics*, „J. neur. Sci.”, 1970, 11, p. 275—284.
- Kreindler, A., Gheorghită, N., Voinescu, I., *Analysis of verbal reception of a complex order with three elements in aphasics*, „Brain”, 1971, 94, p. 375—386.
- Ojeman, G. A., Fedio, P., Van Buren, J. M., *Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation*, „Brain”, 1968, 91, p. 99—116.
- Taylor-Sarno, M., *The status of research in recovery from aphasia*, in : Lebrun Y., Hoops R (eds.), *Recovery in aphasics*, Amsterdam, Zeitlinger, 1976, p. 13—30.
- Voinescu, I., Gheorghită, N., Dobrotă, I., Bicescu, E., *An objective method of quantitative evaluation of the aphasic's verbal performance*, „Rev. Roum. Neur.”, 1971, 8, p. 111—124.
- Voinescu, I., Gheorghită, N., *Thinking by aphasics*, „Rev. Roum. Neur. Psychiat.”, 1975, 13, p. 255—266.
- Voinescu, I., Gheorghită, N., *Starting aphasia therapy after spontaneous recovery*, „Rev. Roum. Neur. Psychiat.”, 1977, 15, p. 227—233.
- Voinescu, I., Vish, E., Sirian, Sv., Maretsis, M., *Aphasia in a polyglot*, „Brain and Language” 1977, 4, p. 165—176.
- Wepman, J., *Aphasia therapy : a new look*, „J. Speech. Hear. Dis.”, 1972, 37, p. 203—214.

C. Deficiențele mintale sub unghiul psihologiei clinice și al nosografiei psihiatrice

1. Evoluția concepțiilor asupra deficiențelor mintale

Fără intenția de a întreprinde o analiză asupra dezvoltării domeniului, considerăm că natura plurifactorială și diversitatea comportamentală a deficiențelor mintale nu poate fi înțeleasă fără a cunoaște, din perspectivă istorică, unele date esențiale. Acestea ne sînt necesare, întrucît servesc drept argumente ipotezei noastre, după care, domeniul deficiențelor mintale a aparținut inițial, integral, neuropsihiatriei, înregistrînd treptat o deplasare și o dezvoltare în ariile psihologiei și ulterior în acelea ale pedagogiei și sociologiei. Această deplasare s-a realizat pe măsura dezvoltării științelor antropologice și a perfecționării organizării sociale. Astfel, dacă inițial scopul esențial al asistenței consta în menținerea în viață a deficienților prin conservarea existenței (fizice), ulterior s-au făcut încercări terapeutice cu orientări etiologice, pentru ca apoi preocupările să înregistreze o deplasare spre cunoașterea psihologiei acestor copii în intenția stimulării surselor sanogenetice și înscrierii lor într-un mediu social adecvat, care să le permită actualizarea potențialităților și dezvoltarea posibilităților.

Istoria deficiențelor mintale urmează în linii generale evoluția ideilor asupra bolilor psihice, iar atitudinea societății față de deficienții mintal a fost multă vreme sinonimă cu aceea adoptată față de bolnavii psihici; pe de altă parte, condiția deficientului mintal și a bolnavului psihic în general a fost expresia orientării sociale generale a unei anumite culturi. Astfel, antichitatea greacă și romană avea atitudini total diferite față de copiii deficienți; dacă în Sparta aceștia nu se bucurau de nici un fel de toleranță, Roma antică impunea legi privind protecția lor.

Urmărind evoluția concepțiilor și atitudinilor asupra deficienței mintale putem distinge șase perioade :

a) Între anii 1800 și 1848 este *etapa comprehensiunii morale* când mișcarea socială de emancipare și liberalizare a permis scoaterea bolnavilor mintali din lanțuri și închisori, ocazionând acțiunile umanitare ale lui Pinel și Itard; se depun eforturi de individualizare și delimitare nosografică a deficiențelor mintale, iar Esquirol descrie clinic idiotia și imbecilitatea pe care le consideră stări deficitare congenitale opuse dementelor, caracterizate prin pierderi înregistrate în timpul vieții.

b) Perioada 1848—1900 marchează *etapa anatomo-clinică* în studiul deficiențelor mintale; se înregistrează descrieri corecte ale tablourilor clinice și ale modificărilor anatomopatologice care induc opinia că deficiențele mintale sînt stări psihice sechelare, determinate de leziuni sau anomalii cerebrale evidente. Concluziile asupra caracterului defectual-sechelar al deficiențelor mintale au antrenat măsuri educaționale, inspirate de teoriile pedagogice ale lui Pestalozzi, Fröebel și Seguin.

c) Primele trei decenii ale veacului nostru înregistrează apariția și avîntul studiilor psihologice care în domeniul deficiențelor mintale au înscris cel mai important și mai controversat capitol; considerăm că această perioadă din istoria deficiențelor mintale poate fi denumită *etapa psihometrică*, ea fiind anunțată încă de la începutul secolului printr-o lucrare de continuă referință, efectuată prin colaborarea dintre un psiholog (A. Binet) și un medic (Th. Simon). În anul 1905 ei au imaginat probe de dificultate progresivă pe care le-au aplicat copiilor ce prezentau dificultăți de învățare; întrucît aceste probe puteau fi trecute cu succes de către copiii normali, ei au stabilit așa-numitele „niveluri mentale” specifice fiecărei grupe de vîrstă. Autorii subliniază totodată diferențele care există între intelectul unui copil normal de o anumită vîrstă și cel al unui adult deficient, chiar dacă nivelul mintal al acestuia corespunde cu acela al copilului. Această sugestie îi servește lui W. Stern pentru a lansa noțiunea de „vîrstă mentală”; psihologul german calculează totodată raportul dintre posibilitățile cognitive caracteristice unei anumite vîrste (vîrsta cronologică) și vîrsta mentală, stabilind „coeficientul de inteligență” (Q.I.) și scalele de inteligență. Ulterior, testele denumite „de inteligență” au cunoscut o impetuoasă dezvoltare, determinată de necesitatea cunoașterii și estimării adecvate a gradului defectivității cognitive. Scala Binet-Simon a fost supusă unor revizuri succesive întreprinse de Terman, a fost validată prin studiul unui mare număr de cazuri, perfecționîndu-se totodată sistemul de cotare.

d) Studiile psihometrice și psihodiagnostice au fost dublate și urmate (mai ales în perioada 1931—1950) de cercetări biochimice care au demonstrat că numeroase deficiențe mintale se datoresc unor vicii metabolice fiind ceea ce s-a numit „tulburări înnăscute de metabolism”. Prima confirmare a acestei teorii a constituit-o descrierea oligofreniei fenilpiruvice sau fenilcetonuriei, de către Folling, în 1934, moment care marchează *etapa biochimică* în studiul deficiențelor mintale.

e) Apariția și extinderea microscopiei electronice după al doilea război mondial a impulsionat studiile genetice, confirmînd ipotezele asupra potențialului ereditar din deficiențele mintale. În perioada 1951—1970 s-au efectuat cele mai multe studii genetice asupra deficiențelor mintale, punctul culminant al cercetărilor fiind atins de J. Lejeun, M. Gautier și R. Turpin care în 1959 au descoperit prima aberație cromozomială suscep-

tibilă de a antrena pe plan clinic oligofrenia. Demonstrația că una din cele mai frecvente forme de deficiență mintală, mongolismul (boala Langdon-Down), se datorește prezentei unui cromozom supranumerar la perechea 21 marchează *etapa genetică* a studiului deficiențelor mintale.

f) Studiile genetice alături de cele biochimice și psihometrice deschid astăzi un front larg de cercetare a deficiențelor mintale prin includerea factorilor socioculturali și instructiv-educationali, fundamentând astfel principalele direcții terapeutice în care, în afara acțiunilor psihofarmacologice, psihagogia și socioterapia se înscriu cu prioritate. Tocmai de aceea, perioada actuală, care în mod convențional începe după 1970, poate fi denumită *etapa resocializant-integratoare* a debilităților mintale, ea fiind marcată de consfătuiri, simpozioane și congrese organizate de Asociația Internațională pentru Studiul Deficienței Mintale și de Liga Internațională a Asociațiilor pentru Handicapații Mintal, al căror prim deziderat îl constituie asigurarea condițiilor care să permită dezvoltarea maximă a posibilităților psihice ale deficientului în vederea integrării sale optime în grupul social căruia îi aparține.

2. Evoluția sinonimiilor și accepțiunilor noționale asupra deficiențelor mintale

Polarizând preocupările specialiștilor din cele mai variate domenii ale cunoașterii social-umane, deficiențele mintale prezintă cele mai multe sinonimii din întreaga nosografie medicală. Depășind domeniul acesteia, ele își găsesse sorgintea în aria psihologiei, pedagogiei, sau sociologiei, sinonimiile noțiunii de deficiență fiind expresia unghiului diferit de abordare.

Urmind istoria medicală a deficienței mintale, cea mai veche denumire a acesteia este legată de problematica psihiatrică. Astfel, noțiunea de *oligofrenie* (gr. *oligos*, puțin; *phrenos*, minte) este întâlnită inițial la începutul secolului nostru în studiile lui E. Kraepelin și ale lui E. Bleuler, fondatorii nosografiei psihiatrice. Această noțiune, simplă dar în același timp cuprinzătoare, iar prin etimologia ei edificatoare, a fost rapid adoptată și larg acceptată, păstrând încă un rol dominant în studiile medicale asupra deficienței mintale. Deși actualmente noțiunea de oligofrenie cunoaște o anumită limitare, în țara noastră ea este folosită cu cea mai înaltă frecvență, după cum „este utilizată în mod constant în Uniunea Sovietică, Scandinavia și Europa de Vest” (K. L. Cytryn, R. Lourie, 1980, p. 2486).

Tot medicii psihiatri (Esquirol și Sequin) au fost aceia care, încă din secolul trecut, au lansat noțiunile de *idiotie* și *imbecilitate* prin care au desemnat categorii ale deficiențelor mintale. Deși considerate clasice și folosite cu o frecvență cvasiconstantă în Nordul și Estul Europei, aceste noțiuni sînt tot mai rar întâlnite în Anglia și Franța, fiind practic eliminate în Statele Unite ale Americii datorită semanticii lor cu sumbre rezonanțe patologice și folosirii peiorative, în afara ariilor specialității respective.

La o seurtă perioadă după apariția noțiunii de oligofrenie, un alt psihiatru, Dupré (1909), formulează termenul de „debilitate mintală” spre a desemna formele ușoare ale deficienței mintale, completînd astfel tripticul, *idiotie*, *imbecilitate*, *debilitate mintală*. Deși în mod clasic acest ultim termen a fost folosit (în accepțiunea lui Dupré) pentru a marca „prima zonă de insuficiență mintală față de exigențele societății” (R. Zazzo.

1969, p 32), experții O.M.S., pe baza unor considerente morale și profesional-relaționale, au utilizat noțiunea într-o largă accepțiune, subsumându-i întregul grup nosografic al oligofreniilor, prezentate astfel ca *debilitate mintală ușoară, moderată și profundă*. Deși termenul de debilitate mintală a fost generalizat, considerându-se că poate fi mai bine asimilat în virtutea conținutului său oarecum disimulat, el creează confuzii cu accepțiunea sa inițială, care desemna formele ușoare de deficiență mintală. În plus, unii clinicieni au subliniat, imediat după apariția sa, că termenul prezintă „o slabă precizie...ce pune etichete peiorative, slăbind eforturile pedagogice” (G. Perdoncini și Y. Yvon, 1963, p. 246).

Dacă noțiunile de „oligofrenie” și de „debilitate mintală” aveau originea în domeniul medical și al psihiatriei în special, dezvoltarea psihologiei și amploarea psihometriei au adus și au impus alte noțiuni, ca acelea de „subnormalitate mintală”, „deficiență mintală” etc., legate în mare măsură de rezultatele obținute la testele cognitive.

De fapt, populația inclusă în categoriile deficienței mintale este extrem de polimorfă din punctul de vedere al caracteristicilor genotipice, etiologice, neurofiziologice, psihometrice și prognostice. Sub acest unghi, deficiența mintală, deși este inclusă în taxonomia medicală „nu poate fi complet înțeleasă din perspectiva unei singure discipline...ea nefiind o entitate medicală, psihologică, educațională sau psihopatologică” (D.S. Gerard și B.J. Richmond, 1975, p. 438). Tocmai de aceea, heterogenitatea deficiențelor mintale limitează în fapt utilitatea oricărui termen care nu poate corespunde unghiurilor diferite de abordare ale acestei complexe condiții clinice ca și „scopurilor medical-psihiatrice, educative, psihologice, administrative și științifice” (*ibidem*, p. 437).

Pe de altă parte, deficitul mintal implică perturbări în plan instrumental, instrucțional și comportamental, fapt care a determinat Organizația Mondială a Sănătății să elaboreze noțiuni sinonime dar discursive, ca aceea de *alterare a comportamentului adaptativ*. Deși aparent cuprinzătoare, această noțiune este totuși vagă și needificatoare, întrucât pierde din vedere aspecte primordiale ale deficienței, ca minusul cognitiv sau caracterul social al comportamentului dezadaptativ. În plus, această noțiune exprimă consecința și nu natura fenomenului și anume deficiența. Probabil datorită acestui fapt, în „Clasificarea Internațională a Bolilor” (1968), O.M.S. denumeste deficiențele mintale *alterări ale abilității (maturizării) în învățare și socializare*. Denumirea subliniază caracterul pluridimensional al acestor condiții, aducând în prim planul atenției și preocupărilor aspectele psihologice, pedagogice și sociale, importante atât sub unghiul manifestărilor clinice, cât și acela al conduitei terapeutice.

Noțiunea cea mai larg adoptată în ultimul deceniu, mai ales în studiile psihologice este aceea de *deficiență mintală* lansată de A. Busemann (1966), reluată și amplu răspândită prin studiile lui R. Perron (1969, 1973). Utilizată ca noțiune-gen, în sinonimie cu aceea de oligofrenie, deficiența mintală cuprinde anumite grade prin care se desemnează severitatea sau gravitatea condiției: *deficiență mintală de graniță, ușoară, moderată, severă și profundă*.

Cu toate că noțiunea de deficiență mintală este larg utilizată, fiind înscrisă în însăși denumirea instituțiilor care coordonează activitatea din acest domeniu (ex. Asociația Americană pentru Deficiență Mintală), în ultima ediție a *Manualului diagnostic și statistic* (1980) este folosită noțiu-

nea de „retardare mintală” care cunoaște o amplă răspindire mai ales în țările de limbă anglo-saxonă, așa cum se constată din sintezele efectuate de S. Gerard și J. Richmond (1975, p. 437), L. Cytrin și R. Lourie (1980, p. 2484) etc.

2.1. *O sistematizare a definițiilor deficiențelor mintale* ilustrează că acestea sînt bazate pe criterii etiologice, structurale, funcționale și operațional-comportamentale sau pe o combinație a acestora.

Definițiile etiologico-structurale postulează că deficiențele mintale au la bază „o atingere cerebrală gravă a copilului înainte de naștere sau în cursul primei copilării, ceea ce a produs o tulburare a dezvoltării normale a creierului și numeroase anomalii ale dezvoltării mentale” (R. Luria, 1963, p. 10).

Definițiile constatativ-funcționale au în vedere mai ales tabloul clinic, consemnînd faptul că deficiența mintală corespunde unei „imposibilități sau insuficiențe de funcționare, de randament sau de organizare funcțională” (J. Lang, 1962, p. 34).

Definițiile operațional-comportamentale sînt adoptate mai ales în S.U.A. Astfel, Asociația Americană pentru Deficiență Mintală consideră că „întîrzierea mintală se referă la o funcționare sub medie a inteligenței generale, care își are originea în perioada de dezvoltare și este asociată cu tulburări ale comportamentului adaptativ” (L. Cytrin și R. Lourie, 1980, p. 2486). O definiție asemănătoare a fost adoptată și de Asociația Americană de Psihiatrie, care apreciază că „retardarea mentală se referă la funcționarea intelectuală generală subnormală care își are originea în perioada de dezvoltare și care este asociată cu deficiențe ale învățării și adaptării sociale sau ale maturizării” (S. Gerard și J. Richmond, 1975, p. 438).

În această sistematizare a definițiilor, constatăm, ca și în evoluția concepțiilor asupra deficiențelor mintale, o deplasare a accentului de la aspectele medicale la cele educațional-sociale, de la simptomatologie și patogenie spre acțiunile de adaptare, încadrare profesională și integrare socială.

3. Dificultăți ale diagnosticării și estimării morbidității deficiențelor mintale

Deși simplă în aparență, diagnosticarea stărilor de deficiență mintală întîmpină mari dificultăți datorită slabei organizări a asistenței medico-psihologice și controverselor nosografice. În plus, diagnosticarea deficienței nu depinde numai de psihometrie, ci este în mare măsură determinată de nivelul exigenței sau de gradul toleranței impuse de mediul sociocultural. Astfel, un standard intelectual și sociocultural puțin elevat va oferi mai mari posibilități de integrare cazurilor ușoare de retardare, în timp ce rigoriile și exigențele unui mediu cultural ridicat pot indica drept oligofreni un mare număr dintre cei care în alte condiții ar fi trecut drept normofreni. De asemenea, insuficiența perfecționare a mijloacelor de diagnosticare ori slaba pregătire a celor care aplică tehnicile psihometrice pot determina înscrierea în aria oligofreniei a unor persoane care au un deficit de ordin informațional și instructiv-educativ și nu propriu-zis cognitiv; desigur, în aceste cazuri deficiența mintală este aparentă, fiind

Trebuie menționat însă că somnul rapid nu-și menține o durată egală în cursul fiecărui ciclu, ci își extinde progresiv durata, de la un ciclu la altul, pe seama somnului lent. Astfel, dacă în cadrul primului ciclu de somn, raportul somn lent/somn rapid este de aproximativ 110/10 minute, în cel de al 4-lea ciclu de somn acest raport tinde spre o echilibrare fiind de aproximativ 80/40 minute.

Această organizare ritmică a activității hipnice se instituie într-un „pătern” al somnului, care prezintă variații individuale în funcție de factori personali și conjuncturali. El nu se manifestă în ritmuri și durate egale pe parcursul existenței, ci se organizează în cursul dezvoltării însuși, fiind influențat și perturbat de numeroși factori și în primul rând de boală.

5.4. *Obiectivarea și estimarea duratei manifestărilor onirice.* Starea de somn poate fi considerată ca o axă la polii căreia se deschid două domenii ale realității psihice : starea de veghe și starea onirică ; dealtfel, încă din cele mai vechi timpuri, visul a fost considerat ca o a treia formă de existență.

Datele electrofiziologiei din ultimii 15—20 de ani privind cercetarea activității hipnice și a fenomenologiei onirice au dus la o revoluționare a concepțiilor asupra acestui domeniu, infirmând aserțiunile observațiilor empirice multă vreme invocate ca elemente științifice. Astfel, dacă în urmă cu aproximativ 60 de ani fondatorul psihanalizei considera că visul nu trebuie să apară într-un somn normal (întrucât „în timpul stării de somn nu ar trebui să se desfășoare nici un fel de activitate psihică” (S. Freud, 1923, p. 101) și dacă numai cu 15 ani în urmă cercetătorii se întrebau dacă toți oamenii visează sau adevăratul somn este fără vise ? Astăzi există certitudinea, obiectivată electroencefalografic, asupra faptului că visul este un fenomen general uman : toți oamenii visează în fiecare noapte, dar visul nu poate fi evocat întotdeauna. Mai mult, s-a confirmat experimental faptul că există o nevoie de vise, o „foame” de vise, cei împiedicați să viseze într-o anumită perioadă a somnului visând în mod „compensator” în perioada de somn care urmează. În acest context apare cu atât mai valoroasă și pe deplin actuală concepția psihologului român N. Vaschide elaborată la începutul secolului, conform căreia nu există somn fără vise, dar, deși toți oamenii visează, nu toți au posibilitatea de a reda visul, evocarea lui fiind interferată de numeroși factori. Odată confirmat faptul că orice om sănătos sau bolnav visează, trebuie precizat că potențialul onirogen al fiecărui ins este diferit în funcție de gradul structurării psihismului. S-a constatat astfel că activitatea onirică apare numai după vârsta de doi ani, se dezvoltă și se amplifică progresiv, diminuând treptat în involuție, pentru a dispărea în stările de senilitate ; de asemenea, nu a putut fi confirmată existența unei activități onirice în deficiențele mintale severe.

a) *Date privind durata și ritmicitatea fenomenologiei onirice.* Cu aproximativ 20 de ani în urmă se considera că visele au o durată foarte scurtă, de secunde sau de câteva minute. Înregistrarea potențialelor electrice produse de mișcările globilor oculari și înregistrarea concomitentă a biocurenților cerebrali a permis obiectivarea duratei viselor, aceasta fiind superpozabilă perioadelor de mișcare a globilor oculari. S-a constatat astfel că durata visului cuprinde aproximativ 20 % din somnul total, precizându-se totodată că primele cicluri (unități de somn) cuprind perioade mai

reduse de vis, aceasta fiind mai amplu exprimat în ultimele cicluri de somn, adică în ultima parte a nopții. Astfel, conform cercetărilor efectuate de H. P. Roffworg și col. (1964), W. C. Dement (1966) și alții, în ultima oră de somn au loc aproximativ 30 % din totalul fenomenelor onirice ale nopții respective.

b) *Asupra frecvenței mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric.* Ipoteza asupra relației dintre mișcările globilor oculari și vis a fost emisă încă de la sfârșitul secolului trecut, dar confirmarea ei științifică a avut loc numai cu trei decenii în urmă, când E. Aserinsky și N. Kleitman (1953) au descris „somnul cu mișcări oculare”. Prin înregistrarea și amplificarea potențialelor electrice ale globilor oculari în timpul somnului, s-a permis constatarea că visul apare în faza paradoxală a acestuia și mai ales în momentul mișcărilor oculare. Acest fapt a fost verificat prin trezirea subiecților în timpul apariției mișcărilor oculare, situație în care toți au putut prezenta conținutul visului; de asemenea, înregistrarea pe bandă de magnetofon a relatării visului, cuprinde o perioadă de timp egală cu aceea a mișcărilor oculare.

Pe lângă constatarea mișcării globilor oculari în timpul visului un alt fapt evidențiat prin studiile bioelectrice a fost acela că mișcările oculare nu sînt numai concomitente visului, ci urmează formele imaginilor onirice pe care subiectul le „urmărește” în vis, putîndu-se reprezenta grafic schița acestora. Există deci un raport direct proporțional între frecvența mișcărilor oculare și dinamismul procesului oniric, visele mai bogate în acțiuni antrenînd un procent mai mare de mișcări oculare.

c) *Fenomenologie onirică și productivitatea psihotică.* Imageria visului, caracterul său caleidoscopic, incomprehensibil, cu ignorarea reperelor spațio-temporale ca și a condițiilor socio-culturale, au apropiat de multă vreme visul de fenomenele clinice majore, de intensitate psihotică. Astfel, într-o exprimare, desigur metaforică, Schopenhauer lansa aserțiunea după care visul ar fi o psihoză scurtă în timp ce psihoza ar fi un vis îndelungat.

Cu toate realizările obținute în neurofiziologia somnului și viselor, o observație relativ recentă este susceptibilă să deschidă perspective nebănuite în psihopatologia clinică și în psihoterapie; este vorba de faptul că bolnavi cu afecțiuni psihice majore, îndeobște psihotici, în al căror tablou clinic figurează simptome manifeste (halucinații, delir, fobii obsesive, anxietate, depresie etc.), treziți în timpul productivității onirice sau imediat după aceasta, au o relaționare normală sau foarte apropiată de normal, fiind eliberați de fenomenele psihopatologice. Presupunem că acest fenomen se datorește rolului cathartic al visului, care poate oferi astfel nu numai o cale de cunoaștere a psihismului profund (așa cum preconiza S. Freud) ci și un mijloc terapeutic, *oniroanaliza* fiind astfel completată cu ceea ce putem denumi *oniroterapia*.

6. Timpul evenimentelor și conștiința subiectivă a duratelor

Timpul psihologic, denumit încă „timp subiectiv”, „timp trăit” sau „timp simțit”, exprimă perceperea subiectivă a raporturilor de succesiune și simultaneitate sau conștiința subiectivă a timpului. Ea presupune o însușire particulară a sistemului nervos (de a percepe și estima duratele), denumită *ciclocronie*. Astfel, în corecta apreciere a duratei au fost incriminate

minați anumiți centri subcorticali și mai precis diencefalici. Mai mult, unii autori presupun existența unui „*centru al timpului*” pe care Jorrad (1965) ca și Clark (1966) îl consideră localizat în *hipocamp*, în timp ce unii cercetători sovietici (Dimitriev și Kochigina) invocă existența lui în *cortex*, vorbind de un prezumtiv „*analizator al timpului*”. Într-adevăr rolul cortexului cerebral în estimarea duratelor nu poate fi minimalizat, cu atât mai mult cu cât neurofiziologia pavloviană a demonstrat posibilitatea formării de *reflexe condiționate la durată*, reușind astfel condiționarea animalelor nu numai la excitanți fizici, obiectivi ci și la cei de ordin subiectiv, cum este unitatea de timp.

Pornind probabil de la distincția între „conștiința duratei trăite” și „*judecata asupra duratei*”, unii cercetători încearcă o disjunție între „*aspectul dinamic sau relativ al timpului*” (A. Morali-Daninos, 1964, p. 119) și aspectul său „*cronologic*”. La rândul său, *aspectul cronologic* al timpului cunoaște o latură predominant *formală*, privind recunoașterea timpului și orientarea în timp, și o latură neuropsihologică, *personală*, privind aprecierea duratelor. În ceea ce privește *aspectul dinamic*, subiectiv, al timpului, se acordă o importanță deosebită evenimentelor care-l populează și a căror succesiune îl fragmentează. Estimarea lui nu se îndepărtează de aprecierea propriu-zisă a duratelor, fiind determinată mai ales de conținutul evenimentelor înscrise pe parcursul duratelor. Obiectivitatea estimării scade deci de la latura formală la cea personală (a timpului cronologic) și mai ales de la aceasta la timpul dinamic, ce poate fi apreciat ca un timp al evenimentelor.

Este cunoscut faptul că factori interni, afectiv-motivaționali sau externi, evenimentali, influențează exactitatea evaluării duratelor. Astfel, stările afectiv-pozitive ca și angajarea și implicarea într-o anumită acțiune sau activitate, determină subaprecierea duratelor în timp ce stările afectiv-negative, nonparticiparea și nonimplicarea în desfășurarea evenimentelor duc la supraevaluarea perioadelor parcurse. De asemenea ritmul desfășurării, multiplicitatea și varietatea evenimentelor, dar mai ales conținutul și semnificația lor, influențează în mare măsură posibilitatea estimării duratelor în care ele s-au desfășurat. Menționăm totodată că această posibilitate a estimării perioadelor parcurse poate fi „*perfectionată foarte mult pe bază de exercițiu, în procesul unor activități adecvate*” (Al. Roșca, 1976, p. 253).

Pe de altă parte, situațiile și evenimentele pot constitui repere valoroase în orientarea cronologică. Acest fapt a fost ilustrat cu prilejul unor experimente în care persoanele trebuiau să aprecieze durata, în condiții de privare senzorială sau „în afara timpului” (F. Halberg, 1969, p. 7). Astfel, este citată experiența lui Siffre care a rămas (voluntar) 58 zile într-o grotă, la o adâncime de 130 m., în condiții de izolare fonică și vizuală. În aceste condiții estimarea duratei a înregistrat o eroare apreciabilă — prin impresia de încetinire a trecerii timpului — autorul experienței considerând că a parcurs numai 33 zile. Același fenomen a fost constatat și într-o altă experiență de izolare efectuată pe parcursul a 180 de zile de către Mairtet care a subapreciat într-o și mai mare măsură durata în condițiile privării. În toate aceste situații, absența ambianței, a evenimentelor ca și a caracterului ritmic al desfășurării unor fenomene determină o subapreciere (subiectivă) a timpului care poate ajunge „până la 50 % din durata reală” (P. Fraisse, 1968, p. 257).

7. Biocronometrie și nosografie

7.1. *Evoluție biocronometrică și taxonomie nosografică.* Fără îndoială că cea mai veche și cea mai frecvent utilizată taxonomie din întreaga nosografie a bolilor este bazată pe durata evoluției lor, noțiunile de *acut*, *subacut* și *cronic* avînd ca primă accepțiune noțiunea de timp. Datînd din antichitate, cunoscută și descrisă de Hipocrate, această primă sistematizare a bolilor se află încă în plină actualitate, atributele de acut, subacut sau cronic fiind astăzi în mod univoc utilizate.

Ulterior, concepția ciclică asupra timpului, derivată în special din astronomie, în care timpul era divizat în cicluri (nictemeral, lunar, sezonier), determinate și delimitate de fenomenele cosmice, s-a impus și în nosografie. Această influență s-a manifestat în special asupra bolilor acute care, în condițiile evoluției lor naturale, prezentau o desfășurare ciclică.

Ciclicitatea evolutivă era mai bine ilustrată în patologia infecțioasă în care se constata un *debut* brusc și relativ nespecific, marcat de febră, mialgii, artralгии și fenomenologie cutanată eruptivă, urmat de o *perioadă de stare*, caracterizată printr-o simptomatologie evasifică. Finalul bolii era marcat de o „criză”, ilustrată prin acutizarea simptomelor a cărei prezență și desfășurare decidea deznodămîntul afecțiunii. Remarcată încă de Hipocrate, criza, acest moment final, dramatic al afecțiunii, păstra o semnificație prognostică particulară, ea fiind urmată de așa-zisa fază rezolutivă, de remisiune rapidă a fenomenologiei clinice.

În condiții favorabile, această evoluție ciclică a bolii se încheia prin vindecare, orice abatere de la evoluția cronologică sau simptomatologică a afecțiunii fiind susceptibilă de complicații sau de un prognostic infaust. Bazat pe această biocronometrie evolutivă, medicul putea emite prezenții prognostice care de cele mai multe ori erau confirmate, fapt ce sporea nemăsurat prestigiul său profesional. Bazat pe evoluția ciclică a bolii, în fața pacienților săi care nu aveau cunoștințe de cronopatologie, el devenea din terapeut un vizionar, din medic, un mag.

Remarcăm totodată faptul că boala acută, asemenea tuturor proceselor biologice, prin această desfășurare ciclică ilustrează cu și mai multă pregnanță ordinea dialectică. Dealtfel, nu numai febrele eruptive, ci și alte afecțiuni din patologia infecțioasă sau din patologia generală atestă această ciclicitate; pneumonia francă-lobară, pleurezia sero-fibrinoasă, guta și altele se înscriu în cadența evolutivă a cronometriei. Trebuie subliniat însă că toate aceste boli sînt determinate de un factor etiologic exogen, de cele mai multe ori infecțios. Datorită acestui fapt, terapiile moderne, și în primul rînd antibioterapiile, prin promptitudinea și eficacitatea acțiunii lor, au suprimat sau în orice caz au perturbat ciclul evolutiv al bolilor, dezinvestind totodată puterea prognostică a medicilor.

Pe de altă parte însă, terapiile moderne, minimalizînd afecțiunile acute și nu rareori salvînd viețile, au însăurat *era bolilor cronice*; în cazul lor, amplitudinea manifestărilor clinice cedează în favoarea duratei. Spre deosebire de bolile acute a căror caracteristică era ciclicitatea, bolile cronice au ca trăsătură esențială durată; ele sînt *boli ale timpului*.

Deși lipsite de ciclicitate, bolile cronice nu au o deplină uniformitate evolutivă. Ele au, mai bine spus, o lentă procesualitate care nu le scoate complet din ciclicitate și probabil acest fapt l-a determinat pe Littré să afirme că bolile cronice sînt acelea care „își parcurg lent perioadele”.

Putem considera că în linii generale, pînă la jumătatea secolului nostru, istoria medicinei se caracterizează prin domnia bolilor acute și a evoluției lor ciclice. Deși cunoscute și invocate, bolile cronice nu erau ca atare considerate, ci erau apreciate ca sechele, cu forme diferite de gravitate, ale bolilor acute.

Terapeuticile moderne în primul rînd, dar nu mai puțin creșterea nivelului sociocultural, a calității vieții și a asistenței medicale în special, au adus în cîmpul asistenței organizate (dispensarizate) boala cronică nu numai în perioada de manifestare clinică, ci și în lunga ei evoluție torpidă, nu rareori subclinică.

Aspectele de cronometrie pot fi regăsite însă și în bolile cronice, ca dealtfel în întreaga patologie; ele se constată nu numai în periodicitatea puseelor, ci și în ritmicitatea simptomelor (ca în boala ulceroasă, astmul bronșic etc.). Alteori, periodicitatea puseelor este insuficient remarcată, acutizarea fiind determinată exogen de factori psihici, meteorologici, alimentari, conjuncturali, ca în hipertensiunea arterială, reumatism, diabet, scleroza în plăci etc. În alte situații, boala cronică este considerată aperiodică (de exemplu scleroza laterală amiotrofică, distrofiile musculare, neoplasmele etc.) deși este foarte probabil ca și aici să existe o ritmicitate evolutivă încă insuficient evidențiată.

7.2. Boala sub unghiul evoluției temporale și caracterul relației terapeutice interpersonale. Dacă boala acută prin evoluția sa ciclică ce ocaziona posibilități prognostice și scadențe sanogenetice a aureolat prestigiul medicului, boala cronică, prin prognosticul imprevizibil și evoluția îndelungată tinde să îl estompeze. Argumente patogenetice vin să argumenteze această concluzie; astfel, *boala acută*, de cele mai multe ori de natură infecțioasă, era considerată ca fiind *determinată de un agent exterior*, invadator, care presupunea o mobilizare atît a acțiunilor biologice, sanogenetice, cît și a elementelor propriu-zis terapeutice care, în esența lor, depindeau de medic.

Spre deosebire de boala acută, *boala cronică* nu are o cauză atît de evidentă, fiind considerată în mod empiric de *natură internă*, denumită uneori *endogenă*. Într-adevăr, bolile reumatismale, cancerale, psihozele, diabetul nu cunosc o cauză evidentă și, datorită acestui fapt, nu pot beneficia de un tratament specific, ceea ce condiționează caracterul lor cronic. În felul acesta, spre deosebire de boala acută apreciată de bolnav ca ceva exterior, accidental și tranzitoriu, boala cronică apare ca dezvoltată din propriul organism și inerentă ființei sale. În plus, evoluția îndelungată și incertitudinea prognostică vin să-i întărească această impresie. Toți acești factori consolidează anxietatea pacientului în fața bolii cronice spre deosebire de încrederea cu care el trăiește evoluția bolii acute, în ciuda amplitudinii ei simptomatologice.

În ceea ce îl privește, terapeutul, prin formația sa medicală pozitivă, este mai pregătit să considere boala ca pe un element străin, de natură exogenă, iar cînd acesta este bine cunoscut, efortul său terapeutic este mai angajat și mai bine conturat.

În plus, în virtutea instrucției și formației sale, medicul este tentat (iar alteori determinat de lipsa altor mijloace terapeutice) să trateze boala cronică prin metode clasice care, de cele mai multe ori sînt specifice tratamentului bolilor acute. Insuccesele astfel înregistrate se adaugă neîncrederii sale inițiale și au drept consecință evitarea angajării medicului

în efortul terapeutic destinat bolnavului cronic. Avînd conștiința ciclicității și finalității previzibile a bolii acute, medicul nu trebuie să omită perspectiva lentă și imprevizibilă a continuității evolutive a bolii cronice, a cărei epocă a fost în mod paradoxal deschisă de noile mijloace și succese terapeutice.

8. Dismnezie și cronopatologie

Psihologia tradițională a legat studiul timpului de procesele senzoriale, vorbind despre „percepția timpului”, atît în virtutea unor argumente fără îndoială pertinente, cit și prin analogie cu percepția spațiului. Legate de evenimentele cu care omul este confruntat, duratele pot fi nu numai percepute, ci și trăite, cu o anumită intensitate și tonalitate afectivă, determinate de semnificația acestor evenimente. La rîndul ei, trăirea, în funcție de amplitudinea și autenticitatea sa, influențează capacitatea mnezică și, în primul rînd, păstrarea și evocarea. În fond, ființa conștientă nu ar avea posibilitatea estimării duratelor și edificării noțiunii de timp fără participarea funcției mnezice; ea fixează evenimentele în trama perioadelor parcurse, stabilind în ultimă instanță întinderea duratelor. Ea realizează legătura trecutului cu prezentul, oferind posibilitatea elaborării planurilor și intervențiilor prospective. Astfel, un om lipsit de posibilitatea fixării mnezice a evenimentelor, lipsit de conștiința continuității timpului ilustrată prin unitatea dimensiunilor sale (trecut, prezent și viitor), nu poate duce mai departe o acțiune începută. Un exemplu clasic în acest sens oferă psihiatrul rus S. Korsakov, care prezintă cazul unui romancier cu amnezie de fixare; datorită acestei tulburări (survenite în urma unui traumatism cranio-cerebral), el nu mai putea continua într-o legătură inteligibilă acțiunea eroilor unui roman pe care începuse să-l scrie înainte de accident. Numeroase exemple clinice atestă faptul că procesele mnezice care asigură posibilitatea fixării, păstrării și evocării evenimentelor realizează nu numai continuum-ul trecut-prezent-viitor, ci asigură totodată raportarea noastră adecvată la dimensiunile duratei.

Legată în cel mai înalt grad de problematica timpului, funcția mnezică este un act de sinteză psihică. Prin aceasta, actul memorizării impune acțiunea de participare activă, de trăire, de construcție a prezentului.

Activismul persoanei în procesul memorării și în special al fixării a determinat conturarea așa-numitului „prezent psihologic” (Averbach) sau „prezent aparent” (W. James), căruia, unui clinician au încercat să-i măsoare durata, apreciind că aceasta ar fi cuprinsă între 0—12 secunde.

Referitor la perceperea duratei „prezentului psihologic” P. Janet vorbește de așa-numita „potențare a prezentului” (*présentification*), argumentînd că realizarea prezentului este inseparabilă de constituirea evocării, prezentul fiind „o evocare făcută în același moment în care noi prezentăm”; cu alte cuvinte, prezentul ar consta din transformarea acțiunii în evocare în același moment în care noi o executăm. În felul acesta, actul de potențare a prezentului devine un act intelectual în care este implicată atît conduita actuală, cit și procesul evocării; potențarea prezentului unește deci evocarea cu acțiunea, întrucît ceea ce nu poate fi trăit, actul la care subiectul nu a putut participa pe deplin conștient, nu va putea

fi evocat, ci numai repetat. Putem considera, în acest context, că există o *creativitate a evocării* prin care funcția mnezică *realizează* nu numai *actul potențării*, ci și pe acela al construcției prezentului.

8.1. *Tulburări ale delimitării prezentului de imaginile trecutului.* Uneori, în stări de tulburare a conștiinței sau de involuție senilă, bolnavul confundă trecutul cu prezentul. Astfel, în *ecmnezie* (gr. *ek*. în afară; *mnezis*, memorie), trecutul este luat drept prezent, bolnavul re trăind în prezent scene sau episoade de viață ale unei perioade de mult trăite, a căror amintire este încă bine păstrată. În situații clinice asemănătoare poate apare o slăbire sau chiar o anulare a posibilităților discriminative dintre evenimentele real-trăite și cele care au fost numai auzite ori citite sau provenite din experiența onirică a insului, fenomen denumit *criptomnezie* (gr. *kriptos*, ascuns). Spre deosebire de aceasta, în *înstrăinarea amintirilor*, bolnavul pierde conștiința propriei istorii, considerând că evenimentele real-trăite nu-i aparțin, nu sînt ale sale, fiind numai auzite, lecturate sau visate.

8.2. *Invadarea prezentului de către imaginile trecutului.* În anumite stări infecțioase (în momentul ascensiunilor termice), în narcoza cu eter sau cloroform, în șocurile insulinice, ca și în ingestia voluntară a unor substanțe psihodisleptice sau psihedelice apar anumite tulburări mnezice caracterizate prin evocări multiple, tumultuoase și incoercibile desemnate prin noțiunea de *hipermnezie* (gr. *hyper*, mai mult). O manifestare amplă, paroxistică, a hiper-mneziei în care persoana este incapabilă de a opri avalanșa imaginilor evenimentelor trăite este cunoscută sub numele de *mentism* (lat. *mens*, *mentis*, minte, spirit). În această situație pacienții au mari greutăți în capacitatea de a memora, întrucît, datorită derulării caleidoscopice a imaginilor trecutului, ei nu mai pot fixa mnezic, aspecte ale prezentului.

O situație particulară a fenomenologiei hiper-mnezice poate fi considerată *viziunea panoramică retrospectivă* întîlnită în situații de stress emoțional excepțional, în cursul marilor paroxisme anxioase, sau în crize de epilepsie temporală. În aceste momente, considerate ca unice prin amploarea lor, cei în cauză au impresia că revăd și re trăiesc imagini esențiale din propria existență.

9. Aspecte cronopatologice în principalele boli psihice

Perceperea și trăirea timpului pot fi mai bine sesizate și mai clar interpretate prin studiul perturbării lor. Această aserțiune a lui Th. Ribot asupra „experimentului natural pe care-l constituie boala”, și a rolului său în *înțelegerea normalului* își păstrează actualitatea, observația clinică fiind încă mijlocul de investigație cel mai eficace din psihopatologie. În afară de aceasta, trebuie precizat faptul că „studiile psihopatologiei depășesc cadrul strict al medicinei, înțelegerea bolii cere o înțelegere a caracteristicilor sănătății, iar trăsăturile esențiale descoperite cu această ocazie îmbogățesc patrimoniul cunoașterii în general, inclusiv al cunoașterii filozofice” (Maria Costiner, El. Costiner, 1978, p. 117). Tocmai de aceea, studiul timpului întreprins încă din antichitate, atît de medici cît și de filozofi, a oferit date și nu rareori argumente nu numai cunoașterii medico-psihologice, ci și edificării curentelor filozofice.

Perceperea subiectivă a timpului și conduita temporală în ansamblu sînt bulversate în toate tulburările conștiinței (determinate de o suferință neuronală consecutivă unui traumatism, unei intoxicații sau infecții), precum și în dezorganizările psihicului întîlnite în marile entități nosografice psihiatrice și mai ales în psihoze.

Datele și observațiile asupra percepției timpului din cadrul marilor sindroame psihiatrice și al bolilor majore a deschis astăzi un nou capitol al psihopatologiei ce poate primi denumirea de *cronopatologie*. Menționăm, cu acest prilej faptul, că noțiunea de *cronopatologie* nu trebuie înțeleasă sub aparența etimologică întrucît, deși perceperea și trăirea timpului sînt alterate în majoritatea afecțiunilor psihice, nu există o „boală a timpului” și nici o „patologie a timpului”, sau a temporalității, în sensul în care vorbim de o patologie a senzorialității, a cogniției sau a afectivității. Cronopatologia ar putea reuni și interpreta tulburări ale percepției și trăirii timpului care sînt întotdeauna secundare diverselor tulburări ale psihismului și, în primul rînd, ale sintezei psihice. Tocmai de aceea, cele mai grave erori în perceperea duratelor se întîlnesc în tulburările conștiinței, dezorientarea allopsihică constituind expresia lor cea mai frecventă și relevantă.

9.1. *Perceperea timpului în schizofrenie.* Boală psihică majoră care implică o profundă elivare a personalității insului, precum și o disociere a relațiilor cu realitatea, schizofrenia determină mari anomalii în perceperea, estimarea și mai ales în trăirea timpului. Datorită acestei disocieri a psihismului, în schizofrenie se remarcă și o disjuncție între „timpul eului” și „timpul faptelor” sau între „timpul trăit” și „timpul spațial”, cu alte cuvinte între *cronognozie* și *cronometrie*. În felul acesta, discordanța din planul psihismului se manifestă și în privința percepției și trăirii timpului prin „discordanța temporală” pe care o putem denumi *schizocronie*.

Pe de altă parte se consideră că timpul pacientului schizofrenic și-ar pierde caracterul subiectiv, într-o tendință de obiectivare și imobilizare, spre a permite persoanei, aflate în disociere și dispersie, să-și regăsească unitatea.

Unii autori psihanaliști consideră însă boala ca o reîntoarcere a pacientului în stadiul primitiv și nestructurat al primelor luni de viață embrionară; ar fi vorba de o „retrimiterie în timp” la „stadiul preobiectal”, embrionar, „al așteptării neconștiente a satisfacerii erotice”.

Îndepărtîndu-ne de aserțiunile prezumtive și interpretările speculative ale psihanalizei, menționăm cercetările asupra timpului la bolnavii schizofreni unde se constată că aceștia prezintă: — o bună orientare temporo-spațială și autopsihică; — o relativ bună posibilitate de estimare a duratelor timpului fizice; — condensarea, comprimarea duratelor de boală parcurse; — tendința de negare a faptelor și evenimentelor trăite în timpul bolii; — incapacitatea atitudinii prospective și de proiecție în viitor.

Această ultimă observație este reluată și de alți clinicieni care analizează rolul limbajului în conceptualizarea dimensiunilor temporale la schizofreni și stabilesc o „restringere a cîmpului temporal” (S. Arieti, 1974, p. 247), care constă în reducerea pînă la anulare a trecutului și mai ales a viitorului în contrast cu ipostazierea prezentului. De fapt, observații asemănătoare au fost efectuate cu mult înainte de către psihologi, care, prin studii proiective au arătat *fixarea pacienților schizofreni asupra pre-*

zentului, fapt pe care îl interpretăm ca o expresie a dificultății discriminărilor realului de ariile incerte ale posibilului. Analizînd clinic acest aspect am observat că la bolnavii schizofreni există o anumită corespondență între gravitatea afecțiunii și gradul de scotomizare a viitorului.

O situație asemănătoare este întîlnită în cadrul productivității onirice unde *fenomenologia visului se desfășoară în prezent*; indiferent de conținutul lor tematic, manifestările onirice sînt trăite în prezent chiar și atunci cînd reprezintă un fapt terifiant sau un pericol iminent.

9.2. *Perceperea timpului în psihozele delirante.* În *parafronie* perceperea și trăirea timpului se desfășoară într-un mod asemănător cu schizofrenia, în sensul că unitățile timpului fizic nu par modificate, ele fiind organizate și folosite în diverse activități. În ceea ce privește trăirea timpului, aceasta se desfășoară în viziunea delirantă a bolnavului, întrucît el trăiește un delir a cărui amplitudine are deseori un caracter fantastic sau oniric, fapt care duce la modificarea timpului social și a raporturilor acestuia cu timpul personal; nu este vorba de o disociere a percepției timpului, dar se poate afirma că bolnavul trăiește un *timp bipolar* prin prisma dimensiunii personale și sociale a acestuia. În relaționarea socială, datorită delirului său, bolnavul neagă caracterul obiectiv și real al duratelor; mai exact, parafronicul neagă timpul în perspectiva delirului său, dar îi recunoaște caracterul obiectiv și îl apreciază în mod realist în afara delirului.

Spre deosebire de schizofrenie și parafronie, *paranoia* nu prezintă aspecte de clivare sau bipolaritate temporală; în consecință, nu se poate vorbi de un „timp al delirului” și un timp al existenței sale sociale. Aceasta pentru că, în paranoia, delirul nu are caracterul provizoriu, epifenomenal, ca în schizofrenie și parafronie, nu se află într-o paralelă cu bolnavul, ci este încorporat persoanei sale. Bolnavul paranoic nu relatează detașat și constatatativ delirul asemenea schizofrenicului sau parafronicului, ci îl trăiește în deplină autenticitate, realizînd o fuziune cu delirul care îi reorganizează nu numai laturile formale ale personalității, ci și ansamblul ei, de la mobilurile motivaționale pînă la sistemul atitudinal; paranoicul nu este un bolnav care prezintă delir, ci un ins a cărui întreagă existență *este delir*. În această situație, timpul nu mai poate fi apreciat sub aspect fizic, pe de o parte, și în perspectivă delirantă, pe de altă parte., *bolnavul paranoic apreciază și trăiește timpul în funcție de conținutul delirului său cu care se identifică.*

Drept consecință a trăirii timpului în manieră delirantă, în paranoia, duratele și evenimentele acestor durate sînt regrupate și subordonate axei de cristalizare a delirului. Datorită acestui fapt, în unele stări delirante, în special cu conținut persecutoriu, bolnavul poate fi orientat mai ales asupra viitorului pe care-l supradimensionează, decît asupra prezentului pe care îl minimalizează. De asemenea, pentru pacientul paranoic viitorul își pierde caracterul de probabilitate și își topește eventualitățile și variabilele într-un flux unic, rigid și viguros ce vine să întrețină și să consolideze delirul, furnizîndu-i noi date, care prin subordonarea și înlănțuirea lor catenară vor servi drept noi argumente în sprijinul sistemului ideativ delirant. Spre deosebire de *bolnavul schizofrenic la care timpul părea dezarticulat, fragmentat*, în multiple fațete, la *bolnavul paranoic timpul se prezintă compact, într-o unitate fermă, monolitică* din care sînt excluse eventualități, contradicții sau fapte aleatorii.

9.3. *Perceperea timpului în psihozele afective.* Dacă admitem că nu există o boală a timpului, o entitate nosografică în care tulburarea percepției timpului să constituie simptomul major, putem afirma că *mania și melancolia sînt afecțiunile în care trăirea timpului este cea mai intensă și mai evidentă.* În plus, puseele de manie și melancolie sînt legate de timp prin apariția lor ciclică, la anumite intervale — uneori diferite, alteori egale —, fapt pentru care au mai primit denumirea de *psihoze periodice.* De asemenea, fenomenele clinice maniacale sau depresive pot evolua într-o anumită succesiune închizînd un ciclu, fapt care a determinat denumirea acestor forme de manifestare drept *psihoze cicloide.*

În *psihozele expansive*, caracterizate în mod esențial prin exaltare afectivă și conduită polipragmatică, se ipostaziază și chiar se apoteozează clipa, momentul prezent. Deși prezintă o fragilă inserție în realitate, bolnavul maniacal este focalizat asupra prezentului, „acum și aici” constituind pentru el obiect de continuă referință. Într-adevăr, existența bolnavului maniacal pare concentrată și redusă la „acum”, la prezentul concret, palpabil, celelalte dimensiuni temporale, trecutul și viitorul fiind golite de conținut, lipsite de semnificație. Apreciat sub unghiul percepției timpului, bolnavul maniacal se caracterizează prin „absorbția trecutului și viitorului în prezent” (L. Binswanger, 1956, p. 37).

Privit sub unghiul fenomenologiei clinice, în exaltarea sa afectivă, bolnavul cu manie pare fascinat de frumusețea vieții pe care o trăiește amplu, în planuri multiple, cu tendința de a nu-i scăpa nimic din realitate. Ignorînd sau scotomizînd dimensiunea retrospectivă și prospectivă, ancorat în clipa prezentă a cărei caracteristică este tranziiența, *bolnavul maniacal are impresia de concentrare a duratelor și de accelerare a desfășurării evenimentelor.* În vivacitatea sa imaginativă, în bogăția fluxului ideativ și fuga de idei, bolnavul cu manie are impresia curgerii accelerate a timpului; acest fapt este evidențiat și în unele aprecieri ale pacienților conform cărora „zilele trec prea repede” și „viața este prea scurtă” pentru a se putea „bucura îndeajuns de bucuria vieții”.

În *psihozele depressive*, starea psihică polar-opusă maniei conferă altă perspectivă dimensiunilor temporale care-i apar bolnavului dilatate, hiperbolizate, într-o desfășurare lentă, chiar imobile. În virtutea acestor considerente, melancolia — și stările depresive în general — oferă cea mai vie impresie a „trăirii” timpului. Abstrași realității fizice, concrete, depresivii par plonjați în timp și au fost denumiți „bolnavi ai timpului”, intrucît la ei simptomele au o referință și raportare temporală, evidențiind durata trăită dureros. Retragera investițiilor afective, a inițiativelor, limitarea activității la acțiuni și mai ales la acte cu caracter stereotip ca și închiderea perspectivelor cu anularea atitudinii prospective, sînt caracteristici ce concură din unghiuri diferite la *reținerea în plan subiectiv a prezentului care pentru bolnav se scurge exasperant de lent și-n fața căruia el se repliază, refugiindu-se în trecut.* Spre deosebire de bolnavul maniacal ce „zbura” în timp, *melancolicul nu poate ieși din timp care este perceput ca desfășurîndu-se lent și uneori ca fiind oprit*, fapt pentru care melancolia a fost apreciată ca o „sincopă a timpului”.

În contrast cu refugiarea retrospectivă, pacientul depresiv prezintă o inaptitudine prospectivă; pentru el, viitorul nu este așteptat, dar nu este nici dorit sau prospectat, fiind de cele mai multe ori ignorat sau anulat. Într-adevăr, la bolnavul depresiv „iconoclastia trecutului merge mină

în mînă cu iresponsabilitatea față de viitor" (A. Morali-Daninos 1964, p. 119). Este posibil ca această scotomizare a viitorului să fie expresia investiției sale univoc-negative și a lipsei oricărei perspective acut trăite de pacientul depresiv.

De fapt, redimensionarea percepției timpului din manie și din melancolie poate fi regăsită în amplitudini miniaturale în condiții normale. Astfel, situațiile trăite cu o participare afectiv-pozitivă oferă impresia accelerării timpului și în consecință par mai scurte, sînt subapreciate; dimpotrivă, cele trăite cu o participare afectiv-negativă oferă impresia încetîinirii scurgerii timpului, fiind supraapreciate. În același sens, momentele de bucurie și satisfacție au un alt caracter decît situațiile penibile și de disconfort moral-afectiv. Desigur, la această situație contribuie și faptul că omul, în general orientat spre realizare și succes, apreciază realizările și succesele sale ca firești, înscrise în cadrul acțiunilor obișnuite; dimpotrivă, insatisfacțiile, decepțiile, insuccesele nu sînt planificate, sînt neprevăzute, avînd astfel implicații mai profunde asupra stării sale timice. În consecință, *momentele penibile și situațiile afectiv-negative au o mai mare forță de penetrație și aderență psihică, rămîn mai mult și mai puternic ancorate în gîndurile și amintirile noastre* (G. Ionescu, 1981, p. 75), oferind impresia încetîinirii scurgerii timpului și implicit a creșterii duratelor; dimpotrivă, situațiile afectiv-pozitive se desprind mai ușor de noi, sînt mai repede uitate, oferind impresia desfășurării mai rapide a timpului și a reducerii duratelor.

9.4. *Stările confuzionale și perceperea timpului.* Tulburările conștiinței sînt caracterizate în mod esențial prin dezorientare în timp, în spațiu și cu privire la propria persoană. Aceste momente de bulversare a conștiinței retrimite la problema unității spațio-temporale întrucît, spre deosebire de celelalte situații clinice, vizează nu numai perceperea timpului, dar și a spațiului, ilustrînd ceea ce psihopatologia denumeste „dezorientare spațio-temporală”. Astfel, bolnavul confuzional nu are conștiința duratei, nu poate face aprecieri asupra dimensiunilor temporale. În starea de disoluție a conștiinței, bolnavul are sentimentul neantizării, al destrucției și pulverizării timpului care, pentru el, este absorbit, încorporat în spațiu.

9.5. *Sindromul Korsakov și orientarea temporală.* De etiologie traumatică sau alcoolică, ilustrat clinic prin amnezie de fixare, confabulație și dezorientare, *sindromul Korsakov* conferă, poate în cel mai înalt grad, imaginea disoluției temporale. Pentru bolnav, care este în imposibilitate de a fixa faptele și evenimentele parcurse, datele și împrejurările nu se scurg din viitor spre trecut, ci, venind în prezent, evenimentele cad în gol, într-un vid mnezic, de unde imposibilitatea de a fi readuse (evocate). Bolnavul nu poate relata nici cele mai semnificative evenimente ale existenței sale (trăite în special după apariția bolii), fapt pentru care oferă impresia unei existențe lipsite de istorie, fără trecut și, în virtutea acestui fapt, fără posibilitate de orientare prospectivă. Cu toate că în *sindromul Korsakov* este invocată în primul rînd tulburarea mnezică și prosexică, bolnavul este caracterizat mai ales prin ștergerea noțiunii de timp și anularea sensului temporalității, ceea ce are drept consecință clinică imposibilitatea orientării cronologice.

9.6. *Perceperea timpului sub acțiunea drogurilor.* Anumite plante cunoscute încă din antichitate, ca *Papaver Somniferum* sau macul (din latexul căruia se extrage opiul), *Canabis Indica* (din care se extrage hașișul,

sau *marihuana*), *arbustul de Coca* (din care se extrage cocaina) etc. posedă — pe lângă alte acțiuni asupra psihicului — proprietatea de a influența perceperea timpului. De fapt, este hazardat a afirma că substanțele amintite influențează în mod particular perceperea și trăirea timpului întrucât ele produc, în diverse grade (în funcție de natura substanței și cantitatea administrată), tulburări ale conștiinței pe fondul cărora apar **dezorientări** în tip și spațiu, ca expresie a stării confuzionale în care se află persoana. Pe acest fundal confuzional are loc o productivitate senzorială psihotică ce anulează reperele spațio-temporale. Astfel Thomas de Quincey descrie la toxicomani „ieșirea din timp” determinată de acțiunea opiului, pacientul fiind retrimis într-un trecut impersonal sau în trecutul istoric general și obligat să trăiască „mii de ani înmormintat în sierie de piatră”, împreună „cu mumii și sfîneși, în încăperi strimte din inima piramidelor”. Redimensionarea și hiperbolizarea „perceperii” duratelor sub acțiunea drogului este menționată și de Théophile Gauthier care aprecia că starea halucinantă și terifiantă, produsă de hașișul cu care se droga, ar dura sute de ani, deși în realitate era vorba doar de zeci de minute. La rîndul său Ch. Baudelaire, redînd fazele intoxicației cu hașiș, afirma că proporțiile timpului și ale existenței sînt complet dereglate de avalanșa senzațiilor și a ideilor.

Substanțele amintite, ca și altele cu acțiune asemănătoare, antrenînd obnubilarea conștiinței, determină înlăturarea reperelor temporale, ștergerea granițelor între momentul actual și trecut sau viitor, plasarea greșită în timp a diferitelor evenimente sau împrejurări, imposibilitatea estimării duratelor.

Drogurile naturale amintite tind a fi asătăzi înlocuite cu altele sintetice, care au o acțiune mai promptă și mai amplă asupra sistemului nervos, antrenînd modificări psihopatologice mai puternice, deseori cu un caracter dramatic. În virtutea acțiunii lor, aceste substanțe (printre care se înscriu *mescalina*, *psilocibina*, *dietilamida acidului lisergic* sau *LSD₂₅* etc.) au fost denumite *psihotomimetice*, *psihodispleptice*, *psihedelice* etc.

Din acțiunea lor complexă asupra psihicului, reținem tulburările în orientarea temporală care sînt variabile de la o persoană la alta fiind descrise în mod diferit, uneori prin expresii metaforice ca „timp oprit”, „timp fragmentat”, „timp discontinuu”, sau dimpotrivă ca „prezent etern”, „aprofundare infinită” etc. Cercetările efectuate asupra acestor situații au ilustrat însă că *persoanele respective, cufundate în confuzie*, nu au posibilitatea aprecierii duratelor și nici *conștiința trecerii timpului*. În consecință aici nu este vorba atît de *încetinirea derulării timpului*, cit de *impresia opririi lui*. Datorită acestui fapt, unele persoane drogate afirmă că în cursul unei experiențe psihedelice trăiesc ani, decenii sau o viață. Deseori, continuum-ul temporal apare ca întrerupt, tăiat sau decupat ori fragmentat în episoade care se succed caleidoscopic, asemenea unor imagini fotografice într-un carusel fascinant, dar mai ales terifiant.

9.5. *Semnificația afectivă a timpului în psihopatologie.* Analiza psihologică a timpului a deschis în psihopatologie un nou capitol care abia în zilele noastre a început să-și scrie istoria. Deși studiile se află la începutul lor, considerăm că o primă observație care trebuie menționată este aceea conform căreia *cronopatologia confirmă și ilustrează adevărul fizicii moderne*, dar și al *materialismului dialectic asupra unității spațio-temporale*. Într-

adevăr, orice tulburare a percepției timpului este însoțită de tulburări în orientarea spațială; mai mult, orice dezorientare în timp este însoțită, într-un grad variabil, de o dezorientare în spațiu.

Deși greu se poate realiza în plan clinic disjuncția între dezorientarea temporală și dezorientarea spațială, putem afirma că prima conferă un grad mai mare de anxietate și perplexitate, accentuând confuzia bolnavului.

În general pentru bolnav, *timpul*, în virtutea aspectului său subiectiv, este mai anxigen decât spațiul, ale cărui repere sînt mai accesibile simțirilor noastre în virtutea caracterului lor concret-material. Spre deosebire de timp, spațiul poate fi văzut, pipăit, transformat; el poate fi dominat, forța omului manifestîndu-se în mod concret asupra lui. Conștiința faptului că spațiul poate fi supus conferă omului în general și bolnavului psihic în special impresia de liniște și certitudine. *Spațiul are un rol tranșchilizant*, chiar atunci cînd este întins, de unde efectul terapeutic pozitiv al deplasărilor în spațiu.

Prin aspectul său subiectiv, prin caracterul său imprevizibil sub raportul evenimentelor și situațiilor pe care le aduce, timpul este neliniștitor pentru bolnav care, în virtutea bolii sale, este încărcat de temeri, contorsionat de incertitudini. Timpul este susceptibil de a aduce nu numai evenimente cu implicații negative asupra bolnavului, dar el poate pune punct însăși existenței acestuia ceea ce-i sporește caracterul anxigen. De aceea, tratarea efectului angoasant pe care timpul îl determină asupra unor persoane, trebuie edificată pe tărîmul ferm și tranșchilizant al spațiului, terapia de mediu și socioterapia fiind considerate ca premise ale acestei acțiuni.

Bibliografie

- Arieti, S., *Interpretation of schizophrenia*, Basic Books, New York, 1974, p. 246—248.
- Aserinsky, E., Kleitman, *Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep*. *Science*, 1953, 118, p. 273—274.
- Baudelaire, Ch., *Les paradis artificiels*, Paris, Ed. Nilson, 1936.
- Binswanger, L., *Refléxions sur le temps et l'éthique*. *Evol. Psychiat.*, 1956, 1, p. 37.
- Bîrsan, Gh., *Timpul în știință și filozofie*, București, Edit. științifică, 1973.
- Costiner, Maria, Costiner, El., *Timp psihologic- aspecte patologice*. *Filozofie și medicină* (red. Fl. Georgescu), București, Edit. medicală, 1978, p. 117.
- Dement, W. C., *Psychophysiology of Sleep and Dreams*, în: *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), Basic Books, New York, London, 1966, p. 290—332.
- Fraisse, P. și col., *Le rythme veille-sommeil et l'estimation du temps*. *Cycles biologiques et psychiatrie*, Symp., Bel-Air Genève, 1967, Paris, Masson, 1968, p. 257—266.
- Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1923.
- Gschwind, M., *Untersuchungen über Veränderungen der Chronognosie im Alter*, Disertation, Basel, 1948.
- Halberg, G., *Symposium on rhythms*. *Proceedings of the IV-th Panamerican Symposium on Pharmacology and Therapy*, Mexico City, Excerpta Medica Foundation, 1969, 185, p. 7—39.
- Ionescu, G. *Biocronometrie și trăirea timpului în psihopatologie*, *Analele Universității București, Filozofie*, 1981, 30, p. 65—77.
- Ionescu, G., *The experience of time in ontogenesis and psychopathology*, „*Revue Roumaine des Sciences Sociales*”, série de Psychologie, 1982, 26, 1, p. 55—66.
- Janet, P., *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*, Paris, Maloine, 1928.
- Kant, Imm., *Critica rațiunii pure*, București, Edit. științifică, 1969.
- Lang, J. L., *Esquisse d'un abord structural des états déficitaires*. *Confrontations Psychiatriques*, 1973, 10, p. 31—51.

- Lungu, Al., *Adaptarea temporală a omului*, în : *Omul în lumea contemporană* (red. St. M. Milcu), București, Edit. științifică, 1972, p. 95—110.
- Minkowski, E., *Traité de psychopathologie*, Paris, Press. Univ. France, 1966.
- Morali-Daninos, A., *L'évolution dans le temps des souvenirs pathologiques*, în : *Psychosomatique et chronicité* (red. P. Aboulker et col.), Maloine, Paris, 1964, p. 117—122.
- Popoviciu, L., *Somnul normal și patologic* București, Edit. medicală, 1972.
- Popoviciu, L., *Visul. Probleme de fiziologie, psihologie și patologie*, Cluj-Napoca, Edit. Dacia, 1978.
- Ralea, M., *Aminarea, condiție specifică a psihologiei umane. Scrieri din trecut în filozofie*, București, E.S.P.L.A., 1957, p. 160—194.
- Ralea, M., *Ideea de timp în conștiința modernă. Scrieri din trecut în literatură și filozofie*, București, E.S.P.L.A., 1958, p. 39—52.
- Roșca, Al., *Percepția timpului*, în : *Psihologie generală* (Al. Roșca, red.), București, Edit. didactică și pedagogică, 1976, p. 250—254.
- Roffwarg, H. P. și col., *Preliminary observations of the sleep-dream pattern*, în : *Problems of Sleep and Dream in Children*, Intern. Series of Monogr. on Child Psychiatry, New-York, 1964, 2, 60—72.
- Vaschide, N., *Le sommeil et les rêves*, Paris, Flammarion, 1918.
- Zazzo, R., *Les débiles mentaux*, Paris, Esprit, 1965, p. 624—659.

PSIHOLOGIE CLINICĂ DIFERENȚIALĂ

A. Eogenie și endogenie în psihopatologia clinică

1. Importanța factorilor psihostressanți și frustranți în etiologia și patogenia tulburărilor psihice

Concepția potrivit căreia tulburările psihice sînt rezultatul exclusiv *al eredității* sau *al influențelor exercitate de mediu* nu mai poate fi susținută de psihopatologia clinică științifică. Este un fapt cunoscut că separarea elementelor ereditare de cele achiziționate, învățate, adică separarea genotipului de fenotip, nu poate fi realizată în nici o perioadă a existenței. Mediul își poate exercita influența chiar și în perioada intrauterină, prin diversele noxe (toxice, traumatice etc.), acțiunea lor putînd fi hotărîtoare pentru viitoarea ființă umană. Actualmente, știința a depășit concepția fixității eredității, existînd posibilitatea ca unele calități, însușiri și trăsături considerate ereditare și deci în mare măsură „fixe”, să fie modificate și chiar înlocuite (B. S. Bloom, 1966 ; Anne Anastasi, 1967). Se vorbește, astfel, tot mai mult în ultimii ani de „mutații biologice”, cum ar fi, de pildă, fenomenul de „acelerație biologică”, ce se manifestă cu precădere în țările avansate din punct de vedere economic, și care modifică atît unele date medii biometrice (ex. talia), cît și timpul de maturizare sexuală, dezvoltarea organismului etc. (Șt. Milcu, 1966).

Cercetările efectuate asupra gemenilor monoziگوٹی au adus puternice argumente în favoarea tezei relativității factorului biologic-ereditar, evidențiindu-se cu această ocazie diferențe sensibile între ei, mărimea acestor diferențe fiind direct proporțională cu diferența condițiilor de mediu în care au fost crescuți. Astăzi, este incontestabil faptul că nici un conținut psihic nu se moștenește ; pe cale ereditară se transmit doar predispoziții care numai în condiții de mediu favorabile devin și realități. Ideea aceasta, a *labilității* zestrei ereditare individuale, nu trebuie considerată însă în sens absolut : în domeniul psihopatologiei clinice mai ales, ereditatea poate pune limite clare și precise în calea dezvoltării fizice și sociale a omului. Astfel, malformațiile sau defectele înnăscute ori moștenite (cum ar fi infirmitățile și deficiențele senzoriale etc.), care au un caracter de ireversibilitate în esența lor, nu pot fi contrabalansate de nici un fel de influență a mediului.

Zestrea ereditară a unui individ nu acționează niciodată nemijlocit asupra formării personalității și, bineînțeles, nici asupra deformării ei, ci întotdeauna prin intermediul factorilor psihosociali și culturali de mediu. Individul care prezintă, de pildă, un handicap senzorial se află din punct de vedere social într-o situație specială : realizează cu greutate atît comunicarea cu semenii, cît și aprecierea corectă a celor ce se petrec în jurul său. Un astfel de ins trăiește adesea, în plan subiectiv, un puternic sentiment

de inferioritate, care-l face timid, sensibil, neîncr  z  tor în forțele proprii, aceste stări put  nd culmina cu instalarea unei veritabile nevroze anxioase sau a unor stări paranoide.

2. Etiologia plurifactorială în patologia mintală

Factorii exogeni   i cei endogeni formează o unitate dialectică intercondi  ionându-se în mod variat în etiopatogenia bolilor psihice, starea de boală fiind determinată de un ansamblu de cauze dintre care unele au, în funcție de boală, un rol *determinant*, iar celelalte un rol *predispozant* sau *favorizant*. Dintre acestea din urmă menționăm grupa factorilor externi (bolile somatice, intoxica  iile, infecțiile, surmenajul)   i grupa factorilor interni, legați de modificarea reactivit  ii în urma ac  iunii repetate sau prelungite a unor factori psihotraumatizanți — conflictuali, frustran  i   i stressanți —, ap  ru  i în mediul familial sau la locul de muncă. Trebuie respinse, prin urmare, tendințele unor autori de a   mp  r  i în mod tran  ant bolile psihice în exogene   i endogene, conform unui principiu monocauzalist îngust, ignor  ndu-se astfel unitatea dialectică a relației organism-mediul. Totodată,   mp  r  irea factorilor care condiționează apariția bolilor psihice în interni   i externi este relativă, deoarece o serie de boli psihice cu mare poten  ial invalidant (ca schizofrenia, parafrenia, paranoia, sau unele forme ale psihozei maniaco-depresive) nu sînt întotdeauna provocate în mod exclusiv de condițiile interne   i ca atare exprimarea lor clinică apare uneori favorizată de acțiunea unor factori externi (infecțioși, toxici, traumatici" (V. Predescu, 1976). De asemenea, nu se poate vorbi de o „etiologie lineară" (A. V. Snejevski, 1972), deoarece în bolile psihice, ca dealtfel în orice alt gen de afec  iune, nu se constituie o relație simplă între agentul patogen (infecție, traumă)   i starea morbidă.   n această relație intervin o varietate de factori-legați de reactivitatea organismului, de constitu  ia somato-psihică a acestuia, de condițiile interne   i externe în care complexul factorilor etiologici acționează asupra organismului. A  a se explică de ce „dintr-o multitudine de subiecți supuși unor traume psihice puternice sau îndelungate, numai un număr restr  ns prezintă tulburări psihice   i acestea de intensitate foarte diferită. Astfel, la unii se instalează doar stări nevrotice ușoare   i de scurtă durată, al  ii reacționează brutal prin stări de   oc emoțional urmat de tulburări nevrotice prelungite sau stări depresive, stări paranoide etc." (V. Predescu, 1976).

Putem spune, a  adar, că, de  i factorii cauzali pot fi   mp  r  i  i în interni   i externi, în apariția bolilor psihice, în mai mare măsură dec  t în alte afecțiuni, contextul biologic, psihologic   i sociocultural constituie cadrul vast în care intricarea cauzelor interne   i externe, a unor factori de risc   i a unor condi  ii particulare — care trădează prezența unor atmosfere familiale tensionate, a unor raporturi interindividuale conflictuale, a unor puternice sentimente de frustrație —, poate duce la apariția unor stări psihopatologice foarte diferite ca intensitate   i evoluție (ex. nevroze, stări psihice reactive, psihopatii, stări psihopatoide, toxicomanii etc.). Studiile din acest domeniu ne relevă faptul că cei mai mul  i cercetători consideră că factorii care condiționează apariția bolilor psihice pot fi   mp  r  i  i, în general, în următoarele grupe : a) factori ereditari, responsabili de apariția unor oligofrenii (sau cu rol predispozant în apariția schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, parafreniei, paranoiei, psihopatiilor

constituționale), b) factori *congenitali* care pot fi infecțioși, medicamentoși, toxici etc., c) factori *perinatali* și *postnatali* (traumatisme obstetricale, infecții, intoxicații), care pot constitui cauzele unor forme de encefalopatie infantilă și a anomaliilor de dezvoltare psihică și neuromotorie, d) factori *ecologici*, legați de artificializarea mediului, poluarea lui cu noxe fizice, chimice etc., implicați într-o serie de afecțiuni psihice marginale, e) factori *sociali*, din rîndul cărora evidențiem contribuția factorilor psihostresanți, conflictuali și frustranți la etiologia și patogenia tulburărilor psihice.

Comportamentul uman este ancorat într-un complex de tendințe și trebuințe care nu prezintă însă același grad de intensitate și aceeași importanță pentru individ. Forța și valoarea trebuințelor, diferite de la individ la individ, determină, într-o măsură, natura și intensitatea procesului de „acomodare” la ambianță. În general, procesul de acomodare poate fi privit ca un efort depus pentru găsirea unor soluții sau rezolvări corespunzătoare. Într-o accepțiune mai simplă a termenului, procesul de acomodare constă în complexul de acțiuni sau activități realizate în sensul satisfacerii motivelor, tendințelor sau trebuințelor proprii. Conceptul de „acomodare” nu implică însă numai activitatea intelectuală de soluționare a problemelor ivite; acomodarea presupune participarea și a instanțelor afective și volitive ale personalității, a acelor stări sufletești și reacții comportamentale care apar, de obicei, în situațiile de constrîngere, contracariere și blocare, datorită cărora oamenii nu reacționează șablon, pe baza unor deprinderi stereotipe. Cînd exigențele realității obiective exterioare ating sau depășesc limitele de rezistență a individului, sau cînd trebuințele și scopurile acestuia întîlnesc, în calea realizării lor, obstacole exterioare sau interioare importante, adaptarea ni se înfățișează sub aspectul dominant al acomodării.

În situațiile în care un scop important nu poate fi complet realizat, iar subiectul respectiv trăiește acut efectele sentimentului de a fi nedreptățit, se vorbește de „frustrație”. Dacă viitoarea bunăstare a individului este amenințată de un pericol anticipat, este vorba de un „stress psihologic” iar cînd trebuințele intrate în competiție sînt de intensitate egală și de orientări opuse, se vorbește de „conflict”.

3. Intercondiționarea fenomenelor de frustrație, conflict și stress în patogenie

Fenomenele de „frustrație”, „conflict” și „stress” sînt în raporturi de *intercondiționare dialectică*, fiecare dintre ele putînd fi consecința celuilalt. „Frustrația” se dezvoltă din conflict (gratificarea uneia din cele două tendințe intrate în competiție implică frustrarea celeilalte), generîndu-l la rîndu-i (mai ales atunci cînd starea de frustrație este rezultatul unui act de atribuire subiectivă, nejustificată, a intenției răuvoitoare). Fenomenul de „stress” urmează, de regulă, stărilor de conflict și frustrație, îndeosebi atunci cînd acestea persistă o perioadă mai lungă de timp sau cînd ating un anumit prag de complexitate și intensitate. Nu putem nega însă și posibilitatea ca „stressul” să stea la originea fenomenelor de conflict și frustrație ca, de exemplu, în acele împrejurări cînd, fiind într-o puternică stare de depresie, de anxietate, persoana este „înclinată” să intre mai ușor în conflict cu semenii, să interpreteze diferitele situații concrete ca fiind frustrante. Raporturile de interdependență existente între fenomenele de frustrație, conflict și stress nu trebuie să ne ducă însă la identificarea lor,

aşa cum procedează unii psihologi (J. Brown, L. E. Farber, 1951 ; K. Lawson, 1965), sau la lărgirea exagerată a sferei noţiunii de frustratie, înglobînd în ea toate cazurile de obstacole sau de interferenţe care împiedică obţinerea obiectului-scop. „Conflictul” reprezintă doar condiţia generală care poate duce la instalarea stării de frustratie; pentru a se produce frustratia trebuie să aibă loc acea „priză” de conştiinţă motivaţională prin care se atribuie *conduitei persoanei* frustrante o intenţie răuvoitoare sau prin care se găseşte cauza privării în interiorul nostru, în propriile inapetititudini şi incapacităţi. În acest înţeles, fenomenul frustratiei este specific lumii umane el implicînd, de cele mai multe ori, un raport social direct în care bariera, obstacolul se identifică cu persoane concrete considerate, pe drept sau pe nedrept, rău intenţionate faţă de individul frustrat. Pentru toate celelalte situaţii, în care obstacolul are caracter impersonal, şi „eşecul”. „insuccesul” nu este resimţit sub forma sentimentului privaţiunii sau depodărării, sînt adecvaţi termenii de „sentiment al eşecului”, „senzaţie a propriei neputinţe” etc.

Toate aceste trei fenomene (conflictul, frustratia şi stressul) constituie *trepte diferite* ale unei *scări de rezistenţă* psihofiziologică individuală la ameninţare şi implică o *coloratură afectivă* specifică. a) Situaţiei neaşteptate exterioare, care exprimă conflictul dintre individ şi ambianţă, îi corespunde treapta de „instigaţie”, care dă naştere unei activităţi de explorare, de investigare. b) Persistenţa sub forma unui obstacol sau a unui pericol a situaţiei provocatoare dă naştere pragului de „ameninţare” sau de „frustrare”, care se traduce prin sentimentul de alarmă, teamă legat de integritatea eului; la acest prag, se produce o intensificare a motivaţiei şi a tensiunii emoţionale, care poate determina o schimbare în orientarea comportamentului: de la rezolvarea problemei, a sarcinii, către sine, în vederea păstrării integrităţii psihice. c) Atunci cînd prin reacţiile comportamentale adoptate nu se obţine o schimbare a situaţiei obiective, se ajunge la pragul de „stress” propriu-zis, identificat cu perceperea pericolului, în care starea emoţională atinge intensitatea anxietăţii sau a panicii; în acest stadiu, sporirea solicitării psihice afectează în sens negativ relaţiile cu semenii, atitudinea faţă de sine însuşi, ceea ce se observă din tendinţa spre rigiditate a răspunsurilor, incapacitatea de valorificare a experienţei proprii sau a altora, inflexibilitate etc. Acumularea treptată a oboselii, accentuarea fricii, suferinţa, lipsa de speranţă etc., duc la instalarea „pragului de epuizare”, în care activitatea constructivă se reduce la minimum, mecanismele de apărare devenind insuficiente.

Trăirea tensiunii afective la diferite niveluri de intensitate — cel al „conflictului”, „frustratiei” sau „stressului” — depinde, nu atît de natura şi forţa de acţiune a factorilor contrarianţi şi frustranţi, cît mai ales de gradul maturizării afective şi morale a subiectului, de gradul organizării şi integrării sociale a personalităţii acestuia, de nivelul aspiraţiei individuale intrate în conflict şi de semnificaţia acordată factorilor conflictuali şi frustranţi de către subiect, prin procesul de evaluare şi interpretare. Astfel, se dovedesc frustrate, mai ales persoanele egoiste şi revendicative care nu reuşesc, datorită egocentrismului lor psihologic exagerat, să se autoaprecieze corect, să se transpună în conştiinţa altuia, să adopte punctul de vedere al semenului, chiar atunci cînd acesta întrece în obiectivitate şi justete propriul punct de vedere. Din această incapacitate de înţelegere şi asimilare a trăirilor şi motivaţiilor altora rezultă şi acele atitudini de

„raționalizare”, în sensul justificării prin argumente, în aparență logice, a unor tendințe egoiste, meschine.

Clinica diverselor afecțiuni arată că în etiologia acestora un rol mai mare sau mai mic îl joacă factorii psihotraumatizanți, de tipul conflictelor, frustrărilor și agenților stressanți. Este cunoscută, de pildă, importanța deosebit de mare a acestor factori în tulburările psihosomatice (hipertensiune arterială, boală ulceroasă etc.), în afecțiunile hepatice, renale, cardiace ca și în bolile de metabolism. În toate aceste cazuri, trauma psihică nu constituie însă factorul etiologic principal și determinant; ea nu face decât să accentueze acțiunea principalilor factori etiologici, specifici bolilor respective. În schimb, într-o serie de alte afecțiuni, trauma psihică reprezintă principala cauză a bolii, deși apariția ei poate fi favorizată și de alte noxe. Astfel, în nevroze, în stările psihice reactive, în psihopatii, în stările psihopatoide, situația psihotraumatizantă constituie punctul de plecare al bolii, determinând simptomatologia ei principală.

Nevoia de recunoaștere a realizărilor, aprobarea pe care o așteptăm din partea colectivului și indiferența, neîncrederea sau ostilitatea, dau naștere conflictului emoțional, cu tensiune nervoasă corespunzătoare. Incapacitatea de a continua o acțiune din cauza unui obstacol (exterior sau interior), imposibilitatea de a pune în acord trebuințele interne cu cele ale ambianței, discrepanța dintre posibilități și solicitare etc., sînt tot atîtea situații care produc conflicte emoționale.

Restabilirea echilibrului poate fi realizată numai dacă vom reuși să repunem creierul în situația de a controla emoțiile, de a efectua o selecție și o interpretare judicioasă a mesajelor, condiție indispensabilă ajustării răspunsurilor la calitatea și intensitatea stimulilor interni sau externi. Afirmarea sau consolidarea în conștiința bolnavului a importanței sarcinilor care îi stau în față și a posibilității de a le aduce la îndeplinire, poate juca un rol important în tratamentul nevrozelor. Generînd o astfel de dominantă putem evita perseverarea bolnavilor în cele trăite, putem evita apariția unor modificări ale personalității în totalitate, în sensul instabilității ei, putem evita obișnuința cu fenomenele nevrotice proprii (concentrarea atenției asupra fenomenelor patologice poate duce, se știe, la accentuarea lor și la agravarea stării generale a suferindului). Măsurile de profilaxie a nevrozelor trebuie să prevadă, în plus și acțiuni propriu-zise de combatere a tuturor factorilor care prin existența lor pot produce conflicte emoționale și suprasolicitări nervoase. În acest sens, deschiderea față de semenii și renunțarea la egoism, înțelegerea corespunzătoare atît a ceea ce ni se cuvine cît și a ceea ce datorăm în plan social, stimularea succesului în activitate, „sanțiunile premiale” (M. Ralea, 1962), prin emoțiile pozitive pe care le generează, pot constitui tot atîtea elemente menite să instaureze condițiile unui armonios climat social, precum și încrederea în forțele proprii și interesul în munca de fiecare zi.

Bibliografie

- Anastasi, Anne, *Individual Differences*, New York, John Wiley and Sons, 1967.
Bloom, B. S., *Stability and Change in Human Characteristics*, New York, John Wiley Comp., 1966.
Brânzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.
Brown, J. Farber, L. E., *Emotions conceptualized as intervening variables with suggestion toward a theory of frustration*, in : „Psych. Bull.”, 48, 1951.
Lawson, K., *Frustration. The Development of a Scientific Concept*, New York, McGraw-Hill, 1965.

- Milcu, St., *Genetica și pedagogia*, „Revista de pedagogie” nr. 3, 1966.
- Minkowski, E., *Traité de Psychopathologie*, Paris, P.U.F., 1966.
- Predescu, V., *Clasificarea bolilor psihice și unele probleme de etiologie și evoluție*, în *Psihiatrie* (red. V. Predescu), București, Edit. medicală, 1976.
- Ralea, M., Hariton, T., *Sociologia succesului*, București, Edit. științifică, 1962.
- Kerbikov V. și colab. *Psychiatrie*, Moscou, Edit. Mir, 1972.

B. Psihologia bolnavului cu tulburări senzorio-motorii de origine centrală

Între nivelul senzorial propriu-zis sau cel efector cerebral și nivelul superior de decizie, în creierul uman se intercalează niveluri intermediare de integrare. Caracteristica lor constă în construirea unor *modele*, scheme complexe, care pe plan senzorial permit recunoașterea globală, iar pe plan motor prefigurează o acțiune. Funcțiile acestor niveluri se numesc pentru sensorium „gnozii”, pentru motricitate „praxii”. În cadrul sistemului specializat de comunicare, care este limbajul, se combină de asemenea un sistem superior de decodare cu unul efector de încodare. Acest sistem al limbajului se situează deasupra celor gnozice și praxice, la individul normal fiind strâns legat de funcțiile de decizie.

Spre deosebire de funcțiile superioare unde surprindem numai rar și parțial suportul anatomic localizat, gnoziile, praxiile și chiar limbajul pot fi localizate în creier, desigur nu în mod absolut. Leziunea unei zone bine determinate va genera o *agnozie*, o *apraxie* sau un tip de *afazie* anumit.

1. Agnoziile sub unghi neuropsihologic

Termenul *agnozie* în neuropsihologie definește o tulburare a recunoașterii excitațiilor venite din mediul extern sau intern. Pentru a putea diagnostica o agnozie trebuie ca organul de simț, căile de transmisie și nivelul primar de integrare cerebrală să fie intacte. Nu se poate discuta de agnozie vizuală la un bolnav cu nervii optici secționați.

Agnoziile diferă după funcția atinsă (vizuală, auditivă), după laturi ale funcției (culoare), după funcții speciale (orientarea pe hartă).

1.1. *Agnoziile vizuale* : a) *Agnozia vizuală-tip* : nerecunoașterea obiectelor și imaginilor, de obicei într-un singur cîmp vizual (*hemiagnozie*). La prezentarea unui obiect în hemicîmpul vizual atins bolnavul spune că vede ceva, dar nu știe ce. Din obiectele răspindite pe o masă, din cele din cameră sau la proba Poppelreuter și variantele ei, nu poate numi decît pe cele din cîmpul vizual intact. Grade de gravitate a tulburării :

— *Inatenție vizuală unilaterală* sau neglijarea vizuală unilaterală, în care bolnavul poate spune ce este numai dacă i se atrage atenția, în mod spontan neglijînd obiectele din acea parte. De asemenea, le recunoaște izolat în fiecare cîmp, dar nu-l observă pe cel din cîmpul atins dacă se prezintă concomitent.

— *Aгноzia vizuală unilaterală*, în care obiectul nu este recunoscut în hemicîmpul respectiv, nici dacă obiectul e singur și i se atrage atenția bolnavului. Apar diferențe între leziunile din dreapta și din stînga (G. Gainotti și R. Ibba, 1968).

— *Asocierea unei hemianopsii cu hemiagnozie* împiedică conștientizarea deficitului hemianopsic, producînd anozognozia hemianopsiei. Bolnavul nu caută să vadă prin deplasarea cîmpului conservat.

— *Aгноzia vizuală bilaterală*, foarte rară, permite recunoașterea numai drept în față. Apare în leziuni bilaterale occipitale sau rar în cele din stînga.

Localizarea hemiagnoziilor este parietală posterioară sau parieto-occipitală de partea opusă tulburării.

b) *Aгноzia vizuală pentru întreg* (simultanagnozia): obiectele mari nu sînt recunoscute, cele mici și detaliile nu pun probleme.

c) *Aгноzia pentru culori* apare în fazele de remisiune ale agnoziilor vizuale. Formele sînt recunoscute, culorile nu.

d) *Prosopagnozia* constă în nerecunoașterea figurii persoanelor prezente sau a fotografiilor. Identificarea se face după voce sau îmbrăcăminte. Apare în leziuni occipitale sau occipito-parietale ale emisferului minor.

e) *Aгноziile vizuo-spațiale*: a. *generalizate*, cu incapacitate de a percepe relații spațiale; b. *agnozia pentru hărți și planuri* cu pierderea memoriei *topografice* apare în leziunile răspîntiei parieto-temporo-occipitale. Bolnavul nu desenează o jumătate a hărții, uită să pună orașele din acea jumătate sau le pune în cealaltă, descrie imobilele importante numai de pe o jumătate a unei străzi; c. *Pierderea memoriei vizuo-spațiale* cu imposibilitatea de a-și reprezenta vizual un obiect; este o formă rară, întîlnită în leziuni grave occipitale bilaterale.

f) *Cecitatea corticală și sindromul Balint*: a. cecitatea corticală constă în imposibilitatea de a vedea *conștient* cele din jur, bolnavul avînd impresia că vede, uneori confabulînd; b. *sindromul Balint*, cu imposibilitate de a urmări conștient cu privirea, de a fixa un punct și asociat cu inatenția vizuală se poate combina cu precedenta, dînd forme de tranziție. Apar în leziuni occipitale bilaterale sau în cele din stînga cu atingerea conexiunilor interemisferice.

1.2. *Aгноzii senzitive* în cadrul cărora se înscriu:

Astereognozia cînd de partea opusă a unei leziuni parietale anterioare apare imposibilitatea de a recunoaște un obiect prin pipăire și *ahilognozia* datorită căruia pacientul nu poate deosebi grosimea, greutatea și rugozitatea obiectului.

1.3. *Tulburări somatognozice*: a) *Asomatognozia*: bolnavul nu recunoaște părțile propriului corp de partea opusă leziunii.

b) *Anozognozia hemiplegiei*: nu știe că e paralizat, *anozodiaforia*: nu acordă importanță paraliziei și *autotopoagnozia*: nu poate descrie partea paralizată; tulburările apar mai ales în leziunile emisferului drept, lobul parietal. Se pune problema importanței emisferului nedominant în integrarea informațiilor primite din spațiul corporal personal.

c) *Tulburările schemei corporale*, cu aceeași localizare ca precedentele, pot fi *neparoxistice*, mai marcate la membrul superior, în care bolnavul neavînd conștiința dimensiunilor corpului său se lovește de mobilă sau se ferește exagerat, iar subiectiv simte o dilatare sau micșorare, senzații de forță exagerată sau de trup straniu. Cele *paroxistice* nu sînt legate numai

de emisferul minor și se manifestă ca absența, dilatarea sau micșorarea unui membru, ca plutire, dezintegrare etc. Membrul fantomă al amputaților ocupă un loc intermediar.

d) *Agnozia digitală*, în care degetele proprii sînt confundate cu ale examinătorului, e specifică emisferului dominant, poate în legătură cu numărul pe degete, legat de limbaj.

1.4. *Agnoziile auditive*. Sînt cele mai rare, din cauza repartiției mai puțin riguroase emisferice a senzațiilor auditive în fazele superioare de integrare.

a) *Agnozia auditivă totală* : nu discriminează sunetele între ele și nu le localizează ; b) *agnozia muzicală*, limitată la sunetele muzicale și memorizarea lor, și *agnozia c) zgomotelor*, care sînt resimțite deosebit de muzică, dar nu sînt discriminate între ele.

Studiul agnoziilor permite separarea unei părți a procesului perceptiv, prin localizarea unui nivel de integrare situat deasupra receptorului cortical primar.

2. Apraxiile sub unghi neuropsihologie

Apraxiile sînt tulburări ale nivelului de organizare a schemelor motorii. În examinarea lor trebuie să se țină seama de integritatea funcției motorii elementare.

2.1. *Apraxii globale* : a) *Apraxia ideomotorie* constă în imposibilitatea de a executa, la cerere, acțiuni și unele gesturi, deși bolnavul le poate descrie și chiar efectua spontan într-o oarecare măsură. Se examinează *gesturi simbolice* (salutul militar), *acțiuni intranzitive* (fără obiecte), ca imitarea formării cu degetele a unui cerc sau a unei verigi, acțiunea cum se bate un cui sau se aprinde o țigară, și *acțiuni tranzitive* (cu un obiect), ca plierea unei foi de hîrtie, aprinderea unui chibrit. Activitatea motorie spontană este tulburată numai în detalii de executare. În activitatea motorie la cerere acțiunile intranzitive sînt grav atinse, cele simbolice și tranzitive mult mai puțin sau deloc ; descrierea mișcării este posibilă. Localizări : în apraxia ideomotorie bilaterală, leziunea se află în lobul parietal, emisfer dominant ; în apraxia ideomotorie homolaterală și hemiplegie contralaterală, leziunea este localizată fronto-parietal, emisfer dominant ; în apraxia ideomotorie stîngă, leziunea se află în corpul calos.

b) *Apraxia ideatorie* : acțiunile nu se pot executa și nici descrie. Toate acțiunile, tranzitive, intranzitive, la cerere sau spontane sînt tulburate. Rămîn intacte numai unele automatisme. Descrierea succesiunilor de mișcări dintr-un act motor devine imposibilă. Localizarea este parieto-temporală, emisfer dominant.

c) *Apraxiile constructive* : dificultate de a construi, desena, ordona. Se fac probe de desen copiat și la cerere, figuri din bețe de chibrituri, construcții cu cuburi și teste de spațialitate. Trebuie să se poată judeca dreapta-stînga, sus-jos și perspectiva pe modelele cerute.

Localizarea apraxiilor constructive este parietală mijlocie și posterioară. Există o strînsă legătură între apraxiile constructive și spațialitate, funcția gnozică, dar și praxică. Ipoteza că emisferul nedominant ar fi predominant în spațialitate nu s-a confirmat.

2.2. *Apraxii localizate.* a) *Apraxia facio-buco-linguală (și guturală)* se caracterizează prin incapacitatea de a realiza voluntar mișcările feței, buzelor, obrazilor, limbii și gâtului. Se asociază deseori cu afaziile ne-fluente, agravându-le prognosticul. Localizare, în partea inferioară a zonei motorii din hemisferul dominant în condițiile unor leziuni repetate sau bilaterale (E. De Renzi și colab., 1966).

b) *Apraxiile mimicii, deglutiției voluntare, globilor oculari* sînt rare.

Apraxiile pot fi corectate prin exerciții speciale, cea buco-linguală prin exerciții de gimnastică a feței. Creierul are o mare capacitate de compensare pentru agnozii și apraxii, persistența lor indicînd fie o leziune evolutivă, fie leziuni multiple.

3. Afaziile sub unghi neuropsihologic

Afaziile sînt tulburări expresive și receptive dobîndite ale limbajului logic vorbit și scris, produse de leziuni cerebrale ale zonelor specifice din hemisferul dominant. Limbajul afectiv este conservat.

3.1. *Noțiuni lingvistice în legătură cu afazia.* Cele 4 funcții de bază ale limbajului care pot fi atinse în afazie sînt: înțelegerea (decodarea) celor spuse de interlocutor, exprimarea (încodarea) verbală, lexia (decodarea) celor scrise, grafia (încodarea scrisă).

Nivelurile lingvistice. Limbajul articulat al omului cuprinde o treaptă nesemantică (foneme sau litere) și una semantică (cuvinte și sintagme). În simptomatologia afaziei se evidențiază nivelurile din cadrul lor.

Nivelul fonematic: foneme luate izolat. Erorile din afazie apar pe baza înrudirilor fonemelor (d-t, r-l, t-k, s-ș etc.).

Nivelul fonologic: în afazie legile grupării fonemelor pun probleme la încodarea (inclusiv scrisul) diftongilor și grupelor bi- și tri- consonantice. În general afazicul preferă succesiunea consoană-vocală.

Nivelul silabelor, articulator: unii afazici transcriu silaba printr-o singură literă.

Nivelul cuvîntului: este tulburat ca formare (grupare corectă a fonemelor), cît și ca articulare sau decodare, ca legătură între formă și sens, ca sferă și cîmp semantic. Flexiunile lui gramaticale (nivelul morfemic) sînt un element de disgramatism.

Nivelul sintagmelor: al grupării cuvintelor, care îmbogățește sensul și creează fluentă, poate fi tulburat în afazie, fie în sensul sărăciei sintagmelor, fie în cel al incorectitudinii lor.

Nivelul semantic: la afazici cuvintele ce poartă sens propriu sînt reduse, cele operaționale sau modificatoare de sens sînt greșit și slab utilizate (A. Kreindler și L. Mihăilescu, 1970), substitutele apar în exces, ca și cuvintele cu care se cîștigă timp, cele afective, cele care comentează întrebarea sau răspunsul. Proporția de cuvinte ininteligibile, de repetări, stereotipii verbale, neadecvate etc. este crescută. În privința decodării, afazicii înțeleg mai bine cuvintele purtătoare de sens propriu și decodează greu pe cele operaționale, deci și nuanțele sintagmei întregi.

3.2. *Noțiuni anatomice în legătură cu afazia.* Legătura dintre porțiunea superioară a lobului temporal al emisferului dominant și limbaj (sau tulburările de limbaj) este de mult demonstrată. Zona anterioară (Broca) e legată de exprimare și fluentă, cea posterioară (Wernicke) — de înțele-

gere și denumire, scrisul — de porțiunea cea mai anterioară, cititul — de cea postero-superioară (*gyrus angularis*). Dar acestea nu par a constitui un „centru al limbajului”, ci ar fi zone de trecere preferențială, în care se realizează anumite legături între circuitele neuronale, prin care trec impulsele legate de limbaj. Formate în prima copilărie, pe fondul genetic specific uman, legate de dominanța emisferică, ele se mai pot transfera de partea opusă în primii 5 ani de viață, ceea ce pledează împotriva unor centre în sensul motor sau senzorial. Tot în această direcție ne-ar orienta tulburările afazice din nucleii talamici (G. A. Ojeman și colab., 1968).

3.3. *Examinarea bolnavului afazic.* Se poate face estimativ, calitativ, clinic sau pe baza unor metode cuantificate. Există numeroase metode de examinare, dar, pe drept obiectează M. Taylor-Sarno (1976), ea însăși autoarea unei metode obiective, cele mai multe concluzii eronate provin din metode subiective de examinare. I. Voinescu și colab. (1971) au pus la punct o metodă obiectivă pentru afazicii români, bazată pe : a) conversație în interviu-standard înregistrat în care se analizează caracteristici lingvistice (text, lexic, flexiuni și raportul dintre ele), parafaziile fonetice ca frecvență și comprehensibilitate, valoarea de comunicare (elementul cel mai important); b) teste de expresie verbală, recepție verbală, lexic și grafie. Remarcăm că valoarea testelor corespunde mai puțin adevăratei capacități de comunicare decât analiza interviu-ului standard. Pentru forme inaparente și cuantificarea tulburărilor receptive verbale se folosește Token-testul lui E. De Renzi și colab., 1962, adaptat la români (A. Kreindler și colab., 1971).

3.4. *Simptomele afaziei : Anomia*, dificultatea de a exprima cuvîntul adecvat, mai marcată pentru substantive, apare și pentru alte părți de cuvînt, în funcție de frecvență și familiaritate. Afazicul se oprește negăsind cuvîntul, folosește o perifrază („cu care tai” pentru cuțit), un substitut (asta, așa, aia), o stereotipie („nu știu”) sau „trage la țintă” cu foneme, căutînd să nimerească cuvîntul adecvat.

Parafaziile sînt de două tipuri : a) *verbale*, folosirea unui cuvînt în locul altuia, deseori din același cîmp semantic; b) *fonetice*, substituirea sau lipsa unui fonem, foneme în plus sau cu poziție schimbată. Aceste schimbări pot face cuvîntul incomprehensibil, punînd problema unei „neoformații” verbale, deseori imposibil de diferențiat de parafazia fonetică gravă. Totuși, în evoluție devine uneori posibil : „scaun” trece prin fazele „tanașu”, „șatamu”, „ștamu”, „stanu”, „scanu”, în decurs de o lună.

Stereotipiile verbale pot fi : *nesemantice* („dododo” sau „tititi”) cu intonații afective corecte, formînd pseudofraze, *semantice simple* (mamă, doamne-doamne) sau *semantice complexe* („nu pot să spun”, „nu știu”). Ele pot înlocui tot limbajul sau apar numai sporadic.

Perseverarea se manifestă în *expresie*, bolnavul răspunzînd cu același cuvînt, deși își dă seama că greșește și caută să se corecteze. Alteori, o formă gramaticală produce această *intoxicație*, ca genitivul sau persoana a doua plural (mai ales în cursul reeducării). În *recepție* se produce intoxicația cu un ordin sau o întrebare, toate răspunsurile afazicului referindu-se la primul dintr-o serie.

Disconexia cuvintelor este tendința unor afazici de a rosti cuvintele izolat, fără a le conecta în sintagme, persistînd numai sintagme stereotipe ca „nu pot să spun”. Într-o fază intermediară apar forme verbale cu verbul

a fi, a avea sau a se duce, care leagă oarecum propozițiuni. Disconexia este însoțită de lipsă de fluentă, dar unii afazici nefluenți reeducați pot trece printr-o fază când formează sintagme destul de bine, deși deficitul de fluentă este încă marcat.

Disgramatismul cuprinde două elemente : corectitudinea și complexitatea gramaticală. În afaziile fluente complexitatea este păstrată, în cele nefluente ambele elemente suferă. Corectitudinea cuprinde mai multe niveluri : sintactic, al flexiunilor gramaticale și acordurilor, al folosirii cuvintelor operaționale etc.

Surditatea verbală este aspectul principal al tulburărilor receptive verbale. Decodarea mesajului auzit este deficitară, în funcție de mai mulți factori : a) cuvintele cu mai mulți marcanți (consoane) și mai lungi se decodează mai ușor ; b) decodarea e mai bună pentru substantive decât pentru verbe și mai ales prepoziții și conjuncții ; c) mesajele la care afazicul se așteaptă sînt mai bine decodate (context psihologic) ; d) mesajele redundante, mai bine decât cele eliptice ; e) mesajele care trezesc o motivație puternică.

Jargonafazia, care constă în folosirea unui număr mare de cuvinte îninteligibile (jargon) și neadecvate, este asociată cu surditatea verbală, fiind consecința imposibilității bolnavului de a se auzi pe sine însuși și deci de a se corecta cînd greșește. Intervine însă și un factor de „feed-back”, de autocorectare prin „auzire” în creier, a cuvîntului programat să fie rostit.

Echolalia constă în repetarea, fie identică, fie cu mici schimbări, a celor spuse de interlocutor, chiar dacă afazicul nu a înțeles nimic.

3.5. *Afazia și funcțiile psihice*. Legătura dintre tulburarea de limbaj și funcțiile psihice a suscitat multe discuții, părerile fiind împărțite. Un bolnav cu un deficit psihic poate face o afazie, ca în arterioscleroza cerebrală. Deficitul poate fi datorat pierderii de substanță cerebrală, unei agnozii sau apraxii asociate afaziei. A. L. Benton (1967) recomandă folosirea unor teste neverbale și selecția subiecților, eliminînd sau ținînd seama de asocierea altor sindroame (apraxii, agnozii) sau a tulburărilor psihice preexistente. Compararea performanțelor trebuie făcută și cu lezați cerebrali neafazici.

La unii afazici se remarcă o reducere a performanței de atenție, atît la teste tip Bourdon-Amfimov, cît și în privința mobilității (cu specificul unei inatenții spre dreapta). Nu afazia, ci leziunea cerebrală în sine pare a fi incriminată. *Memoria*, relativ puțin atinsă, pare a fi ceva mai redusă în forma numită afazie amnestică.

Gîndirea afazicilor este identică cu cea a normalilor în privința tipurilor de strategie folosite, chiar dacă pe serii mari apare o frecvență mai mare a strategiilor inferioare. În condiții normale afazicul raționează normal, dar în situații noi unii afazici au dificultăți. Pe grupuri de afazici se remarcă un deficit la testele neverbale de inteligență, care pare a fi în legătură numai cu gradul tulburării de decodare, nu și de încodare (I. Voinescu, N. Gheorghită, 1975). Deci numai latura receptivă a limbajului ar interveni în gîndire. Menționăm că în privința mobilității gîndirii, nu limbajul ci leziunea cerebrală produce deficitul.

Comportamentul afectiv al afazicilor se caracterizează printr-o exagerare a trăsăturilor premorbide, ce poate atinge intensități psihotice în rare cazuri.

K. Goldstein (1948) a afirmat că afazicii ar utiliza mai bine cuvintele legate de noțiuni *concrete*. Experiența ne-a arătat că în realitate este vorba de un fenomen de frecvență și familiaritate, majoritatea oamenilor folosind mai mult cuvinte concrete. Am observat afazici la care cuvinte abstracte se restabileau înaintea celor concrete, intervenind și elemente motivaționale, de preocupări permanente.

3.6. *Clasificarea afaziilor*. Deși există peste 30 de clasificări ale afaziilor, niciuna nu este satisfăcătoare, deoarece fiecare afazie este un caz în sine, care prin evoluție, trece dintr-o formă într-alta. Formele intermediare sînt cele mai numeroase. Majoritatea clasificărilor țin seama și de tulburările de decodare și de cele de încodare, dar nu și de evoluție. Clasificarea cea mai folosită la noi este : a. afazii predominant expresive ; b. afazii predominant receptiv ; c. afazii amnestice ; d. afazii globale. În ultimii ani, pe plan internațional, criteriul expresiv devine unic, afaziile fiind fluente sau nefluente. În practica recuperării folosim o clasificare personală dinamică.

a) *Afazii nefluente*. a. *Combinată cu apraxie buco-linguală*. Foarte mari tulburări de exprimare încă de la nivel articulator. În cazurile favorabile evoluează spre stilul telegrafic, cu tulburări fonetice în plus, fluenta redobîndindu-se foarte rar. b. *Forma Broca*. După o fază inițială în care și găsirea sau articularea cuvîntului sînt dificile, persistă dificultatea de a conecta cuvintele și de a vorbi fluent. În cazurile favorabile evoluează spre stil telegrafic sau afazie amnestică de origine nefluentă. c. *Forma cu stil telegrafic* provine din cele precedente. După caz, pot persista mici tulburări fonetice sau de denumire, sau apar începuturi de conexie sintagmatică. În afaziile nefluente pot coexista tulburări receptiv, în proporții reduse de obicei, ca și diferite tulburări de lexie și grafie.

b) *Afaziile fluente*, numite și de tip Wernicke, prezintă mari tulburări receptiv asociate, cel puțin la începutul lor, ca și proporții variabile de dislexie și disgrafie. Dar caracteristica lor principală rămîne asocierea în exprimare a anomiei cu o bună fluentă. a. *Forma cu jargonafazie și dislexie*, cea mai gravă, asociază tulburări receptiv majore cu jargon, anomie, parafazii fonetice și verbale. Evoluează greu spre o afazie amnestică cu tulburări fonetice asociate. b. *Forma cu jargonafazie fără dislexie* are simptome asemănătoare, dar conservarea funcției lexică mărește șansele de evoluție favorabilă. c. *Forma fără jargon*, cu tulburări receptiv grave și anomie, dar cu proporție redusă de parafazii fonetice, evoluează de regulă spre afazia amnestică fluentă.

c) *Afaziile zise amnestice* (termenul e folosit deși memoria este deseori intactă). Caracterizată prin anomie, fără alte tulburări marcate, poate fi inițial amnestică sau rezultatul evoluției altei forme.

— *Afazia amnestică de tip fluent* : anomia, mai marcată la teste de denumire decît în conversație, poate bloca temporar fluenta, care e bună în general. Se pot asocia mici tulburări fonetice sau receptiv.

— *Afazia amnestică de tip nefluent* are o anomie mai marcată pentru verbe și alte cuvinte decît precedentă, deși deficitul substantivelor rămîne predominant. Fluentă este parțial redusă. Anomia este mai marcată în conversație, deoarece reducerea ușoară a fluentei nu permite folosirea perifrazelor și a altor forme deturnate de a cîștiga timp. Provine din afazii Broca mai ușoare sau din forme mixte.

d) *Afaziile zise transcorticale* sînt forme *tranzitorii*, cu *echolalie*, care se transformă după cîteva zile sau săptămîni; a. *forma senzorială*: *echolalie* asociată cu mari tulburări receptive; b. *forma motorie*: conservarea repetării și citirii cu voce tare în contrast cu vorbirea spontană imposibilă. Tulburări receptive moderate.

e) *Afaziile mixte*. Foarte mulți afazici intră în această categorie, fie de la început, fie în cursul evoluției. Aspectul afazicului este nespecific unei forme la cele mai multe afazii mixte, cu excepția unui aspect mai specific, *afazia de conducție*, avînd tulburări receptive grave la început, dar cu remisiune rapidă, pe cînd tulburările expresive de tip anomic și cu parafazii ating grav și persistent vorbirea spontană. În mod paradoxal repetarea este absolut imposibilă, pe cînd spontan tot mai apar performanțe minore.

f) *Forme „pure” în afazie*. Deși s-au descris în afazie anartrii, surdități verbale, alexii sau disgrafii „pure”, cazurile ridică dubii.

În general, credem că la un afazic este mai important să cunoaștem cantitativ performanțele lui de limbaj în diferite laturi, decît să încercăm să-l introducem neapărat în tiparul rigid al unei clasificări al cărei scop este mai mult didactic.

3.7. *Cîteva probleme asupra afaziei*: *Afazia dobîndită la copii*, la cei care au vorbit înainte de boală, se remite spontan pînă la 5—7 ani, uneori pînă la 12 ani. Predomină formele fluente.

Dislexia-disgrafia copiilor cu inteligență și condiții socioculturale normale este frecventă (25 % în țări cu scriere nefonetice) și corectabilă prin metode adecvate. Fără a fi o afazie, s-ar datora unei „slăbiciuni funcționale” a lobului temporal stîng, deci a unor zone legate de limbaj.

Afazia la surdo-muți și nevăzători dezorganizează codul digital gestual labiolexia și respectiv citirea în Braille.

Afazia la poligloți. Limba cea mai utilizată în ultimul timp se reface prima, fiind și mai puțin tulburată ca performanțe expresive. În privința decodării diferențele între limbi bine cunoscute sînt foarte puțin marcate (I. Voinescu și colab., 1977). Factori circumstanțiali, motivaționali și legați de achiziția limbii respective pot modifica regula de bază.

3.8. *Recuperarea afazicilor*. În primele 3 luni la vasculari sau 6 luni la traumatici ne putem aștepta la o *recuperare spontană* parțială sau totală. Ulterior se mai pot efectua progrese, fie prin *antrenament nesistematic*, efectuat de familie și bolnavul însuși, dar mai ales prin *tratament sistematic* efectuat sub conducerea unui specialist, cu metode specifice. Nu există o certitudine că acest tratament ar grăbi recuperarea spontană, deși e probabil. Tratamentul sistematic combină metode psihoterapeutice cu altele pur tehnice, și este în primul rînd semantic (reface legătura sens-cuvînt și sens-sintagmă) și sintagmatic (leagă corect cuvintele între ele (I. Voiculescu și N. Gheorghită, 1977). Metodele fonetice logopedice trebuie reduse la strictul necesar, putînd deveni nocive, iar cele globale (J. Wepman, 1972) sînt numai ajutoare. Tehnicile se realizează prin stimulare, facilitare, creșterea motivației și fixare, ultima fiind cea mai dificilă. Momentul începerii și durata terapiei sînt individuale, dar terapia intensivă pare a fi preferabilă. În afara recuperării totale, la mulți afazici condiții defavorabile limitează obiectivul și rezultatele recuperării.

Bibliografie

- Benton, A. L., *Problems of test-construction in the field of aphasia*, „Cortex”, 1967, 3, p. 32—58.
- De Renzi, E., Piccuro, A., Vignolo, L. A., *Oral apraxia and aphasia*, „Cortex”, 1966, 2, p. 50—73.
- Gainotti, G., Ibba, R., *Su alcune modificazioni di „negligenza” per l'emispazio da lesione emisferica sinistra*, „Giorn. Psichiatri. Neur”, 1968, 96, p. 305.
- Goldstein, K., *Language and language disturbances*, New York, Grune Stratton, 1948.
- Kreindler, A., Mihăilescu, L., *Operational words in aphasics*, „J. neur. Sci.”, 1970, 11, p. 275—284.
- Kreindler, A., Gheorghită, N., Voinescu, I., *Analysis of verbal reception of a complex order with three elements in aphasics*, „Brain”, 1971, 94, p. 375—386.
- Ojeman, G. A., Fedio, P., Van Buren, J. M., *Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation*, „Brain”, 1968, 91, p. 99—116.
- Taylor-Sarno, M., *The status of research in recovery from aphasia*, in : Lebrun Y., Hoops R (eds.), *Recovery in aphasics*, Amsterdam, Zeitlinger, 1976, p. 13—30.
- Voinescu, I., Gheorghită, N., Dobrotă, I., Bicescu, E., *An objective method of quantitative evaluation of the aphasic's verbal performance*, „Rev. Roum. Neur.”, 1971, 8, p. 111—124.
- Voinescu, I., Gheorghită, N., *Thinking by aphasics*, „Rev. Roum. Neur. Psychiat.”, 1975, 13, p. 255—266.
- Voinescu, I., Gheorghită, N., *Starting aphasia therapy after spontaneous recovery*, „Rev. Roum. Neur. Psychiat.”, 1977, 15, p. 227—233.
- Voinescu, I., Vish, E., Sirian, Sv., Maretsis, M., *Aphasia in a polyglot*, „Brain and Language” 1977, 4, p. 165—176.
- Wepman, J., *Aphasia therapy : a new look*, „J. Speech. Hear. Dis.”, 1972, 37, p. 203—214.

C. Deficiențele mintale sub unghiul psihologiei clinice și al nosografiei psihiatrice

1. Evoluția concepțiilor asupra deficiențelor mintale

Fără intenția de a întreprinde o analiză asupra dezvoltării domeniului, considerăm că natura plurifactorială și diversitatea comportamentală a deficiențelor mintale nu poate fi înțeleasă fără a cunoaște, din perspectivă istorică, unele date esențiale. Acestea ne sînt necesare, întrucît sînt drept argumente ipotezei noastre, după care, domeniul deficiențelor mintale a aparținut inițial, integral, neuropsihiatriei, înregistrînd treptat o deplasare și o dezvoltare în arile psihologiei și ulterior în acelea ale pedagogiei și sociologiei. Această deplasare s-a realizat pe măsura dezvoltării științelor antropologice și a perfecționării organizării sociale. Astfel, dacă inițial scopul esențial al asistenței consta în menținerea în viață a deficienților prin conservarea existenței (fizice), ulterior s-au făcut încercări terapeutice cu orientări etiologice, pentru ca apoi preocupările să înregistreze o deplasare spre cunoașterea psihologiei acestor copii în intenția stimulării surselor sanogenetice și înscrierii lor într-un mediu social adecvat, care să le permită actualizarea potențialităților și dezvoltarea posibilităților.

Istoria deficiențelor mintale urmează în linii generale evoluția ideilor asupra bolilor psihice, iar atitudinea societății față de deficienții mintal a fost multă vreme sinonimă cu aceea adoptată față de bolnavii psihici; pe de altă parte, condiția deficientului mintal și a bolnavului psihic în general a fost expresia orientării sociale generale a unei anumite culturi. Astfel, antichitatea greacă și romană avea atitudini total diferite față de copiii deficienți; dacă în Sparta aceștia nu se bucurau de nici un fel de toleranță, Roma antică impunea legi privind protecția lor.

Urmărind evoluția concepțiilor și atitudinilor asupra deficienței mintale putem distinge șase perioade :

a) Între anii 1800 și 1848 este *etapa comprehensiunii morale* când mișcarea socială de emancipare și liberalizare a permis scoaterea bolnavilor mintali din lanțuri și închisori, ocazionând acțiunile umanitare ale lui Pinel și Itard; se depun eforturi de individualizare și delimitare nosografică a deficiențelor mintale, iar Esquirol descrie clinic idiotia și imbecilitatea pe care le consideră stări deficitare congenitale opuse dementelor, caracterizate prin pierderi înregistrate în timpul vieții.

b) Perioada 1848—1900 marchează *etapa anatomo-clinică* în studiul deficiențelor mintale; se înregistrează descrieri corecte ale tablourilor clinice și ale modificărilor anatomopatologice care induc opinia că deficiențele mintale sînt stări psihice sechelare, determinate de leziuni sau anomalii cerebrale evidente. Concluziile asupra caracterului defectual-sechelar al deficiențelor mintale au antrenat măsuri educaționale, inspirate de teoriile pedagogice ale lui Pestalozzi, Fröebel și Seguin.

c) Primele trei decenii ale veacului nostru înregistrează apariția și avîntul studiilor psihologice care în domeniul deficiențelor mintale au înscris cel mai important și mai controversat capitol; considerăm că această perioadă din istoria deficiențelor mintale poate fi denumită *etapa psihometrică*, ea fiind anunțată încă de la începutul secolului printr-o lucrare de continuă referință, efectuată prin colaborarea dintre un psiholog (A. Binet) și un medic (Th. Simon). În anul 1905 ei au imaginat probe de dificultate progresivă pe care le-au aplicat copiilor ce prezentau dificultăți de învățare; întrucît aceste probe puteau fi trecute cu succes de către copiii normali, ei au stabilit așa-numitele „niveluri mentale” specifice fiecărei grupe de vîrstă. Autorii subliniază totodată diferențele care există între intelectul unui copil normal de o anumită vîrstă și cel al unui adult deficient, chiar dacă nivelul mintal al acestuia corespunde cu acela al copilului. Această sugestie îi servește lui W. Stern pentru a lansa noțiunea de „vîrstă mentală”; psihologul german calculează totodată raportul dintre posibilitățile cognitive caracteristice unei anumite vîrste (vîrsta cronologică) și vîrsta mintală, stabilind „coeficientul de inteligență” (Q.I.) și scalele de inteligență. Ulterior, testele denumite „de inteligență” au cunoscut o impetuoasă dezvoltare, determinată de necesitatea cunoașterii și estimării adecvate a gradului defectivității cognitive. Scala Binet-Simon a fost supusă unor revizuri succesive întreprinse de Terman, a fost validată prin studiul unui mare număr de cazuri, perfecționîndu-se totodată sistemul de cotare.

d) Studiile psihometrice și psihodiagnostice au fost dublate și urmate (mai ales în perioada 1931—1950) de cercetări biochimice care au demonstrat că numeroase deficiențe mintale se datoresc unor vicii metabolice fiind ceea ce s-a numit „tulburări înnăscute de metabolism”. Prima confirmare a acestei teorii a constituit-o descrierea oligofreniei fenilpiruvice sau fenilcetonuriei, de către Folling, în 1934, moment care marchează *etapa biochimică* în studiul deficiențelor mintale.

e) Apariția și extinderea microscopiei electronice după al doilea război mondial a impulsionat studiile genetice, confirmînd ipotezele asupra potențialului ereditar din deficiențele mintale. În perioada 1951—1970 s-au efectuat cele mai multe studii genetice asupra deficiențelor mintale, punctul culminant al cercetărilor fiind atins de J. Lejeun, M. Gautier și R. Turpin care în 1959 au descoperit prima aberație cromozomială suscep-

tibilă de a antrena pe plan clinic oligofrenia. Demonstrația că una din cele mai frecvente forme de deficiență mintală, mongolismul (boala Langdon-Down), se datorește prezenței unui cromozom supranumerar la perechea 21 marchează *etapa genetică* a studiului deficiențelor mintale.

f) Studiile genetice alături de cele biochimice și psihometrice deschid astăzi un front larg de cercetare a deficiențelor mintale prin includerea factorilor socioculturali și instructiv-educationali, fundamentând astfel principalele direcții terapeutice în care, în afara acțiunilor psihofarmacologice, psihagogia și socioterapia se inscriu cu prioritate. Tocmai de aceea, perioada actuală, care în mod convențional începe după 1970, poate fi denumită *etapa resocializant-integratoare* a debilităților mintale, ea fiind marcată de consfătuiri, simpozioane și congrese organizate de Asociația Internațională pentru Studiul Deficienței Mintale și de Liga Internațională a Asociațiilor pentru Handicapații Mintal, al căror prim deziderat îl constituie asigurarea condițiilor care să permită dezvoltarea maximă a posibilităților psihice ale deficientului în vederea integrării sale optime în grupul social căruia îi aparține.

2. Evoluția sinonimiilor și accepțiunilor noționale asupra deficiențelor mintale

Polarizînd preocupările specialiștilor din cele mai variate domenii ale cunoașterii social-umane, deficiențele mintale prezintă cele mai multe sinonimii din întreaga nosografie medicală. Depășind domeniul acesteia, ele își găsesc sorgintea în aria psihologiei, pedagogiei, sau sociologiei, sinonimiile noțiunii de deficiență fiind expresia unghiului diferit de abordare.

Urmînd istoria medicală a deficienței mintale, cea mai veche denumire a acesteia este legată de problematica psihiatrică. Astfel, noțiunea de *oligofrenie* (gr. *oligos*, puțin; *phrenos*, minte) este întîlnită inițial la începutul secolului nostru în studiile lui E. Kraepelin și ale lui E. Bleuler, fondatorii nosografiei psihiatrice. Această noțiune, simplă dar în același timp cuprinzătoare, iar prin etimologia ei edificatoare, a fost rapid adoptată și larg acceptată, păstrînd încă un rol dominant în studiile medicale asupra deficienței mintale. Deși actualmente noțiunea de oligofrenie cunoaște o anumită limitare, în țara noastră ea este folosită cu cea mai înaltă frecvență, după cum „este utilizată în mod constant în Uniunea Sovietică, Scandinavia și Europa de Vest” (K. L. Cytryn, R. Lourie, 1980, p. 2486).

Tot medicii psihiatri (Esquirol și Sequin) au fost aceia care, încă din secolul trecut, au lansat noțiunile de *idiotie* și *imbecilitate* prin care au desemnat categorii ale deficiențelor mintale. Deși considerate clasice și folosite cu o frecvență evasiconstantă în Nordul și Estul Europei, aceste noțiuni sînt tot mai rar întîlnite în Anglia și Franța, fiind practic eliminate în Statele Unite ale Americii datorită semanticii lor cu sumbre rezonanțe patologice și folosirii peiorative, în afara ariilor specialității respective.

La o scurtă perioadă după apariția noțiunii de oligofrenie, un alt psihiatru, Dupré (1909), formulează termenul de „debilitate mintală” spre a desemna formele ușoare ale deficienței mintale, completînd astfel tripticul, *idiotie*, *imbecilitate*, *debilitate mintală*. Deși în mod clasic acest ultim termen a fost folosit (în accepțiunea lui Dupré) pentru a marca „prima zonă de insuficiență mintală față de exigențele societății” (R. Zazzo.

1969, p 32), experții O.M.S., pe baza unor considerente morale și profesional-relaționale, au utilizat noțiunea într-o largă accepțiune, subsumându-i întregul grup nosografic al oligofreniilor, prezentate astfel ca *debilitate mintală ușoară, moderată și profundă*. Deși termenul de debilitate mintală a fost generalizat, considerându-se că poate fi mai bine asimilat în virtutea conținutului său oarecum disimulat, el creează confuzii cu accepțiunea sa inițială, care desemna formele ușoare de deficiență mintală. În plus, unii clinicieni au subliniat, imediat după apariția sa, că termenul prezintă „o slabă precizie...ce pune etichete peiorative, slăbind eforturile pedagogice” (G. Perdoncini și Y. Yvon, 1963, p. 246).

Dacă noțiunile de „oligofrenie” și de „debilitate mintală” aveau originea în domeniul medical și al psihiatriei în special, dezvoltarea psihologiei și amploarea psihometriei au adus și au impus alte noțiuni, ca acelea de „subnormalitate mintală”, „deficiență mintală” etc., legate în mare măsură de rezultatele obținute la testele cognitive.

De fapt, populația inclusă în categoriile deficienței mintale este extrem de polimorfă din punctul de vedere al caracteristicilor genotipice, etiologice, neurofiziologice, psihometrice și prognostice. Sub acest unghi, deficiența mintală, deși este inclusă în taxonomia medicală „nu poate fi complet înțeleasă din perspectiva unei singure discipline...ea nefiind o entitate medicală, psihologică, educațională sau psihopatologică” (D.S. Gerard și B.J. Richmond, 1975, p. 438). Tocmai de aceea, heterogenitatea deficiențelor mintale limitează în fapt utilitatea oricărui termen care nu poate corespunde unghiurilor diferite de abordare ale acestei complexe condiții clinice ca și „scopurilor medical-psihiatrice, educative, psihologice, administrative și științifice” (*ibidem*, p. 437).

Pe de altă parte, deficitul mintal implică perturbări în plan instrumental, instrucțional și comportamental, fapt care a determinat Organizația Mondială a Sănătății să elaboreze noțiuni sinonime dar discursive, ca aceea de *alterare a comportamentului adaptativ*. Deși aparent cuprinzătoare, această noțiune este totuși vagă și needificatoare, întrucât pierde din vedere aspecte primordiale ale deficienței, ca minusul cognitiv sau caracterul social al comportamentului dezadaptativ. În plus, această noțiune exprimă consecința și nu natura fenomenului și anume deficiența. Probabil datorită acestui fapt, în „Clasificarea Internațională a Bolilor” (1968), O.M.S. denumeste deficiențele mintale *alterări ale abilității (maturizării) în învățare și socializare*. Denumirea subliniază caracterul pluridimensional al acestor condiții, aducând în prim planul atenției și preocupărilor aspectele psihologice, pedagogice și sociale, importante atât sub unghiul manifestărilor clinice, cât și acela al conduitei terapeutice.

Noțiunea cea mai larg adoptată în ultimul deceniu, mai ales în studiile psihologice este aceea de *deficiență mintală* lansată de A. Busemann (1966), reluată și amplu răspândită prin studiile lui R. Perron (1969, 1973). Utilizată ca noțiune-gen, în sinonimie cu aceea de oligofrenie, deficiența mintală cuprinde anumite grade prin care se desemnează severitatea sau gravitatea condiției: *deficiență mintală de graniță, ușoară, moderată, severă și profundă*.

Cu toate că noțiunea de deficiență mintală este larg utilizată, fiind înscrisă în însăși denumirea instituțiilor care coordonează activitatea din acest domeniu (ex. Asociația Americană pentru Deficiență Mintală), în ultima ediție a *Manualului diagnostic și statistic* (1980) este folosită noțiu-

nea de „retardare mintală” care cunoaște o amplă răspindire mai ales în țările de limbă anglo-saxonă, așa cum se constată din sintezele efectuate de S. Gerard și J. Richmond (1975, p. 437), L. Cytrin și R. Lourie (1980, p. 2484) etc.

2.1. *O sistematizare a definițiilor deficiențelor mintale* ilustrează că acestea sînt bazate pe criterii etiologice, structurale, funcționale și operațional-comportamentale sau pe o combinație a acestora.

Definițiile etiologico-structurale postulează că deficiențele mintale au la bază „o atingere cerebrală gravă a copilului înainte de naștere sau în cursul primei copilării, ceea ce a produs o tulburare a dezvoltării normale a creierului și numeroase anomalii ale dezvoltării mentale” (R. Luria, 1963, p. 10).

Definițiile constatativ-funcționale au în vedere mai ales tabloul clinic, consemnînd faptul că deficiența mintală corespunde unei „imposibilități sau insuficiențe de funcționare, de randament sau de organizare funcțională” (J. Lang, 1962, p. 34).

Definițiile operațional-comportamentale sînt adoptate mai ales în S.U.A. Astfel, Asociația Americană pentru Deficiență Mintală consideră că „întîrzierea mintală se referă la o funcționare sub medie a inteligenței generale, care își are originea în perioada de dezvoltare și este asociată cu tulburări ale comportamentului adaptativ” (L. Cytrin și R. Lourie, 1980, p. 2486). O definiție asemănătoare a fost adoptată și de Asociația Americană de Psihiatrie, care apreciază că „retardarea mentală se referă la funcționarea intelectuală generală subnormală care își are originea în perioada de dezvoltare și care este asociată cu deficiențe ale învățării și adaptării sociale sau ale maturizării” (S. Gerard și J. Richmond, 1975, p. 438).

În această sistematizare a definițiilor, constatăm, ca și în evoluția concepțiilor asupra deficiențelor mintale, o deplasare a accentului de la aspectele medicale la cele educațional-sociale, de la simptomatologie și patogenie spre acțiunile de adaptare, încadrare profesională și integrare socială.

3. Dificultăți ale diagnosticării și estimării morbidității deficiențelor mintale

Deși simplă în aparență, diagnosticarea stărilor de deficiență mintală întîmpină mari dificultăți datorită slabei organizări a asistenței medico-psihologice și controverselor nosografice. În plus, diagnosticarea deficienței nu depinde numai de psihometrie, ci este în mare măsură determinată de nivelul exigenței sau de gradul toleranței impuse de mediul sociocultural. Astfel, un standard intelectual și sociocultural puțin elevat va oferi mai mari posibilități de integrare cazurilor ușoare de retardare, în timp ce rigorile și exigențele unui mediu cultural ridicat pot indica drept oligofreni un mare număr dintre cei care în alte condiții ar fi trecut drept normofreni. De asemenea, insuficiența perfecționare a mijloacelor de diagnosticare ori slaba pregătire a celor care aplică tehnicile psihometrice pot determina înscrierea în aria oligofreniei a unor persoane care au un deficit de ordin informațional și instructiv-educativ și nu propriu-zis cognitiv; desigur, în aceste cazuri deficiența mintală este aparentă, fiind

vorba de „un fenomen determinat etnologic, relativ la cultura locală, de postulatele educative, de ambiții vocaționale, sau de expectanțe familiale (L. Kanner, 1964, p. 70).

Altă sursă de eroare în aprecierea morbidității prin oligofrenie constă în faptul că toate studiile epidemiologice și acțiunile diagnostice sînt orientate în exclusivitate asupra copilăriei, ignorîndu-se faptul că și cei care au depășit această vîrstă pot prezenta grade variabile de insuficiență cognitivă; de aceea, în opoziție cu opinia larg exprimată, în studii de specialitate, subliniem faptul că oligofreniile pot fi întîlnite în orice etapă a vieții, chiar și în perioada involuției, cînd simptomatologia lor se confruntă, intricîndu-se cu aceea a deteriorării cognitive. Nu este mai puțin adevărat însă că frecvența maximă a oligofreniilor este în copilărie și că mulți oligofreni, în special cu forme genetice sau metabolice, nu pot supraviețui primelor luni sau primilor ani de viață. În acest context, putem menționa faptul că gravitatea oligofreniilor este invers proporțională cu vîrsta la care ajung bolnavii.

Cu toate aceste dificultăți de diagnosticare și încadrare nosografică studiile ilustrează că frecvența oligofreniilor „este estimată la 3% din populația generală (L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2487) sau la 5—8% din totalul populației” (P. Brînzei, 1975, p. 141). Cum însă cele mai multe studii epidemiologice au fost efectuate asupra copiilor și raportate la populația totală, menționăm că „frecvența obișnuită a oligofreniei în populația infantilă este de 5%” (C. Oancea și D. Christodorescu, 1976, p. 767). În timp ce pentru copiii de vîrstă școlară morbiditatea este de 1,5—5,5% (J. Ajuriaguerra, 1974, p. 642).

Întrucît deficitele metabolice și implicațiile neurologice nu permit supraviețuirea formelor grave de oligofrenie, menționăm că acestea oferă un procent mai redus, estimat la 0,3—0,6% pentru arierarea mintală gravă’ (*ibidem*). Procentul ridicat al deficiențelor ușoare și relativ scăzut al celor severe este subliniat și de alți clinicieni care arată că „din ansamblul oligofreniilor, 87% aparțin formelor ușoare și intelectului limită iar 13% formelor profunde, severe și moderate” (L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2487).

Cu privire la prevalența oligofreniilor în funcție de vîrstă, semnalăm eroarea constant întîlnită conform căreia „frecvența cea mai scăzută se întîlnește la copiii mai mici de 5 ani, cifrele maxime fiind obținute între 10 și 14 ani, după care din nou se constată o scădere” (R. Hilgard, 1962, p. 414, cf. M. Roșca, 1967, p. 17). De fapt, nu este vorba de o creștere a frecvenței oligofreniilor după vîrsta de 5 ani ci de o diagnosticare mai frecventă a acestora determinată de exigențele școlarității; aceeași situație este întîlnită și în perioada 10—14 ani cînd majoritatea clinicienilor găsesc „cea mai mare incidență” a oligofreniei. De fapt, generalizarea învățămîntului elementar, exigențele sporite ale acestei etape instructiv-educative evidențiază ca oligofreni pe cei care, în afara condițiilor școlarității, s-ar fi menținut în aria normalității. De aceea, considerăm că nu este vorba de o creștere propriu-zisă a prevalenței oligofreniei la etape mai avansate ale copilăriei (cînd asistăm la o reducere a frecvenței lor reale prin decesul la vîrste mici a formelor grave), ci numai de o creștere a frecvenței diagnosticării determinată de extinderea examinării și de exigențele școlarizării.

4. Deficiențele mintale și datele psihologiei genetice

Axate în mod esențial, pe ideile lui J. Piaget asupra inteligenței, achizițiile psihologiei genetice sînt tot mai frecvent invocate în patogenia deficiențelor mintale. Considerînd inteligența ca o stare de echilibru spre care tind toate adaptările succesive de ordin senzomotor și cognitiv, psihologia genetică postulează existența unor stadii în dezvoltarea cognitivă: al *gîndirii senzomotorii* (pînă la vîrsta de 1,5—2 ani), al *gîndirii simbolice* și *preconceptuale* (specific vîrstei de 1,5—4 ani), al *gîndirii intuitive* (4—7—8 ani), al *operațiilor concrete* (7—8, 11—12 ani) și al *inteligenței reflexive* (după 11—12 ani).

Inteligența, acest „sistem de operații vii și active”, apare astfel ca rezultat al interacțiunii între copil și ambianță, interacțiune ce tinde către un echilibru; fiecare nivel al echilibrului consenuează noi progrese în procesul de funcționare a inteligenței și se traduce prin scheme specifice de comportament. În continuare, evoluția interacțiunii copil-mediul realizează noi echilibrări și, conform acestora, noi patternuri comportamentale cu un grad superior de complexitate. Trecerea de la un stadiu la altul are loc în mod ordonat, fiind un proces predictibil, deși ritmul evoluției este specific fiecărui copil în funcție de structura neurofiziologică, stimularea socială, experiența personală etc. Se delimitează astfel anumite structuri operaționale ce oferă o imagine a posibilităților pe care le poate avea un subiect. Actualizarea acestor structuri, ca și ritmul realizării lor pot fi accelerate sau retardate, în funcție de aferențele informaționale, afective sau sociale.

După cum subliniază B. Inhelder (1963), teoria lui J. Piaget oferă un model al funcționării intelectuale, analizat în însăși construcția sa. Astfel, situîndu-ne în perspectivă sincronică, vom constata că fiecare etapă a dezvoltării cognitive integrează structurile etapei precedente și pregătește noul echilibru pe care îl va instaura structura nivelului următor. Copilul, sănătos sau deficient, este analizat nu numai în viziune sincronică (avîndu-se în vedere aspectul global al structurii sale în evoluție), ci și în viziune diacronică, în care se disting trăsături specifice perturbării cognitive, precum și semnificația lor de-a lungul istoriei și evoluției sale.

Din teoria lui J. Piaget reținem în acest context faptul că performanțele copilului, ce permit măsurarea și cuantificarea, au o valoare relativă, importantă fiind atingerea diverselor stadii specifice dezvoltării cognitive. Din acest punct de vedere considerăm că data la care deficientul accede la aceste stadii, calitatea patternurilor comportamentale realizate, este mult mai edificatoare pentru patogenia deficienței decît evaluarea psihometrică a achizițiilor și eficienței inteligenței. Astfel, copiii cu *deficiență mintală profundă* nu pot depăși structurile operaționale specifice *stadiului senzomotor*; cei cu *deficiență mintală severă* posedă achiziții specifice *gîndirii simbolice* și *preconceptuale*; cei cu *deficiență mintală moderată* prezintă strategiile caracteristice *stadiului gîndirii intuitive*; cei cu *deficiență mintală ușoară* beneficiază de structuri cognitive specifice *stadiului operațiilor concrete*, în timp ce persoanele cu *intellect de limită* au acces la scheme ale *gîndirii reflexive*.

În această perspectivă apare mai evident caracterul lent al ritmului dezvoltării cognitive a deficientului, imposibilitatea lui de a desăvîrși

schemele comportamentale specifice unui anumit stadiu și de a organiza elementele structural-operationale ale stadiului ulterior. Menționăm totodată că aceste stadii nu constituie paliere procustiene, întrucât constatăm că deficientul, aflat într-o situație problematică, pendulează între soluții de nivel genetic diferit, specifice unui stadiu sau altul. Aceasta se explică prin faptul că dezvoltarea lentă a inteligenței „fixează în automatisme, demersuri utilizate prea multă vreme și care, prin aceasta, tind să reapară chiar atunci când demersurile de nivel superior au devenit posibile” (B. Inhelder, 1963, p. 193). Analiza clinică evidențiază într-adevăr faptul că are loc o întrepătrundere a nivelurilor de dezvoltare, deficientul mintal putând accede la soluții caracteristice unui nivel genetic superior, revenind totuși la cele stabilite anterior.

5. Patogenia deficiențelor mintale sub unghiul psihologiei genetice

Departe de a fi o simplă nedevelopare sau insuficientă dezvoltare a inteligenței, așa cum postulează numeroase definiții, deficiența mintală prezintă anumite caracteristici ale proceselor cognitive a căror evidențiere este susceptibilă să aducă lumini noi în câmpul patogeniei lor.

Seria observațiilor psihologiei genetice referitoare la specificitatea funcțiilor cognitive a fost anticipată de K. Lewin care consideră că diferențierea în dezvoltarea persoanei ar fi determinată de faptul că între diverse „regiuni ale psihismului” se instalează anumite „bariere din ce în ce mai rigide”. În deficiența mintală această *rigiditate* ar fi prea mare, funcționarea mintală a deficienților ar fi „prea rigidă” fapt care împiedică transpunerea și adaptarea mecanismelor operatorii specifice stadiului evoluției sale. Datorită acestui fapt deficientul devine „prea bătrîn pentru posibilitățile lui intelectuale” (R. Perron, 1973, p. 69) și „prea puțin diferențiat” pentru vîrsta sa mintală; de aceea „una din particularitățile fundamentale ale deficientului este sărăcia tranzițiilor fin gradate între separația absolută în totalități dinamice” (K. Lewin, cf. *ibidem*). Insuficiența dezvoltare cognitivă, ca și deteriorarea cognitivă ar fi proporțională cu gradul de rigiditate al granițelor dintre regiunile cerebrale, fapt ce împieteează asupra raportului funcțional al acestora.

Studii de psihologie a învățării au ilustrat că la deficienții mintal există stagnări nu numai în domeniul cunoștințelor, ci și al obiceiurilor și deprinderilor, fapt care împiedică noile achiziții. Aceasta se explică printr-o anumită *inerție* a operațiilor gîndirii; astfel, dacă deficienții își pot însuși o regulă gramaticală sau un procedeu aritmetic, modificarea lor, impusă de alte soluții, este aproape imposibilă; acest fapt este postulat prin aforismul conform căruia „dacă este dificil să-i faci pe copiii oligofreni să învețe ceva, este și mai dificil să-i dezveți” (R. Luria, 1963, p. 38). Această inerție în integrarea noilor achiziții, care traduce lipsa de suplețe a proceselor cognitive, confirmă întrucîtva ideea precedentă asupra „barierelor” dintre diferitele „regiuni ale psihismului” copiilor cu deficiență mintală.

Psihologia genetică prezintă deficiența mintală ca o construcție în curs de elaborare pe care impedimente dinamic-structurale o împiedică în finalizare. Un element considerat major în patogenia deficienței este

încetinirea ritmului dezvoltării în virtutea unei „viscozități genetice” care poate determina chiar fixarea comportamentală la un stadiu anterior celui pe care ar fi trebuit să-l atingă. Se constată că, într-un procent variabil, deficienții se stabilizează în „false echilibre”, ce reflectă o „viscozitate genetică” (B. Inhelder, 1963, p. 64) și din această cauză ei nu pot încheia construcțiile operaționale. În afara slăbirii ritmului dezvoltării, la deficient persistă elemente ale nivelului anterior care interferează elaborarea operațiilor nivelului următor.

Modul în care B. Inhelder descrie și explică „viscozitatea genetică” (datorită prezenței concomitente a elementelor din două etape succesive sau coexistenței a două „sisteme heterogene”) sugerează ideea unei *heterocronii* a dezvoltării cognitive. De fapt „termenul de heterocronie exprimă mai întâi un fapt, o constatare de ordin psihometric : copilul debil se dezvoltă cu viteze diferite în diferite sectoare ale creșterii psihologice” (R. Zazzo, 1965, p. 242).

Cea mai evidentă heterocronie la deficientul mintal se constată între dezvoltarea somatică generală și dezvoltarea cerebrală, fapt care se repercutează asupra diverselor funcții mintale, după cum ele sînt în corelație mai mult sau mai puțin strînsă cu primul sau cu al doilea tip de dezvoltare ”(*ibidem*, p. 244).

La această heterocronie evidentă se adaugă o alta pe care-o considerăm specifică deficienței mintale, și anume aceea a decalajului între vîrsta cronologică și vîrsta mintală. Astfel, într-un studiu clinico-psihometric efectuat asupra unor loturi comparative care au cuprins copii normali și deficienți de aceeași vîrstă mintală, R. Zazzo (1969) a remarcat (prin teste de eficiență psihomotorie și organizare spațială) că deficienții, spre deosebire de martori, prezintă rezultate heterogene sub raportul valorii cognitive. Astfel, probele de organizare spațio-temporală evidențiază o întîrziere maximă, în timp ce probele psihomotorii indică un retard minim. Din analiza datelor experimentale și a observațiilor clinice se tinde spre postularea concluziei unei heterocronii a dezvoltării generale, heterocronie ce nu trebuie înțeleasă însă „ca o simplă corelație de viteze diferite” (R. Zazzo, 1969, p. 346) ci, în consens cu ideile lui J. Piaget privind dezvoltarea inteligenței, ca un sistem, ca o structură capabilă să explice polymorfismul fenomenologic al deficiențelor mintale.

Heterocronia dezvoltării psihice a deficientului mintal este analizată și sub unghiul psihologiei analitice, ai cărei reprezentanți consideră că perturbarea coerenței și coordonării între diversele sectoare de activitate instrumentale și ale rețelelor senzoriale antrenează nu numai întîrzieri sau frîne, ci și remanieri, care sînt concomitente cu inițierea procesului deficienței ; în acest cadru, „alături de nonstructurare au loc restructurări și destructurări care vor ajunge la o organizare originală și vor defini modul de existență al lumii subiectului” (J.L. Lang, 1973, p. 36). Acesta este însă un punct de vedere izolat, întrucît ansamblul observațiilor ilustrează, sub unghiuri diferite, că heterocronia structurează un anumit stil de dezvoltare psihică a deficientului la realizarea căruia concordă atît factori evolutivi, dar și dezorganizanți sau destructivi impuși de condiții genetice, metabolice, toxice sau traumatice care constituie principalele izvoare etiologice ale deficiențelor mintale.

6. Posibilitățile evaluării psihometrice și deficiențele psihice

Acest important și controversat domeniu al aplicării testelor evidențiază un paradox formal, și anume: denumite „de inteligență”, testele respective nu investighează de fapt inteligența ci, dimpotrivă, absența acesteia, deficitul cognitiv sau distanța față de un etalon desprins dintr-un grup martor ce-i condiționează performanța. De fapt, părinții sau pedagogii nu supun copiii normofreni sau supradotați examinării psihometrice pentru a constata cât sînt de inteligenți, ci numai pe cei cu insuficiență cognitivă spre a-i testa cât sînt de deficienți. În acest sens, „testele de inteligență” ar fi mai corect denumite *teste de deficiență*, această noțiune exprimînd cu mai multă fidelitate domeniul de aplicare și conținutul investigației lor.

Menționăm totodată faptul că după aproximativ o jumătate de secol în care au cunoscut o impetuoasă dezvoltare, „testele de inteligență” și instrumentele psihometrice în general înregistrează un reflux, o limitare în folosire și o retragere a „investițiilor științifice”. Considerăm însă că ipostazierea excesivă a mijloacelor de explorare avea la bază o insuficientă cunoaștere a conținutului psihic pe care acestea îl explorau. Astfel, în prima jumătate a secolului nostru, inteligența era privită în mod descriptiv-limitativ, mai ales ca abilitate de a face față exigențelor școlare. Studiile asupra naturii și factorilor determinanți ai inteligenței, ca și investigația ei experimentală, au determinat reformulări și generalizări conform cărora „inteligența constituie o stare de echilibru spre care tind toate adaptările succesive, de ordin senzorio-motor și cognitiv, ca și toate schimburile asimilatoare și acomodatoare dintre organism și mediu” (J. Piaget, 1965, p. 64). Sub aspect operațional, inteligența reprezintă capacitatea de rezolvare a problemelor pe baza experienței social-istorice și personale, adaptabilitatea omului la noi situații, abilitatea lui de a forma noi concepte. Astfel privind problematica inteligenței, prin noile achiziții ale psihologiei, „ar fi o naivitate să crezi că poți cunoaște un deficient intelectual limitîndu-te la enunțarea vîrstei mentale și reducînd problema deficiențelor la o derizorie expresie de Q.I.” (R. Perron, 1973, p. 59).

Considerăm că invalidarea științifică și morală a „testelor de inteligență” își află sorgintea în domenii diferite, acțiunile respective avînd însă o orientare convergentă:

a) Opinii din *domeniul științelor social-umane*, care sînt apriori, formal și structural, împotriva estimării cifrice a ceea ce, de fapt, este greu estimabil, ci doar constatabil și comprehensibil.

b) Reacții din însuși *domeniul psihologiei clinice* care, preconizînd studiul individual al cazurilor, normale sau patologice, nu pot accepta stabilirea unor categorii sau entități clinice, pe baza unor expresii numerice.

c) Contestații din partea *psihologiei sociale* și a *personologiei*, care nu pot admite ca o persoană, fie și deficientă, considerată ca o entitate unică și irepetabilă, să fie desemnată printr-o expresie numerică a inteligenței; în plus, Q.I.-ul nu oferă indicii sau este vag predictibil în privința abilității de rezolvare a unor probleme de adaptare și ale integrării sociale ulterioare.

d) Din partea *psihologiei analitice*, criticile vizează însăși metodologia psihometrică, și anume: prin expresia sa numerică, Q.I.-ul nu poate măsura decît „volumul” inteligenței; aceasta este însă o impresie pentru că, în fapt, Q.I.-ul exprimă valoarea achizițiilor pe care inteligența le-a reali-

zat pînă în momentul dat. Sub alt unghi, Q.I.-ul nu exprimă inteligența potențială, ci doar eficiența actuală a inteligenței, deci nu atinge „genotipul” inteligenței, ci, eventual, fenotipul ei concretizat prin achiziții.

e) Demersuri noi ale *psihologiei genetice* sînt principial opuse datelor psihometrice; ele pun un accent deosebit pe natura procesului cognitiv și nu pe aspectul său fenomenologic tradus prin performanța cognitivă imediată. Echivalînd retardul intelectual cu deficiența mintală, Q.I.-ul neglijează studiul sincronic al condiției ce apreciază inteligența ca structură funcțională; fixarea cantitativ-obiectivă a inteligenței prin Q.I. a anulat atît perspectiva genetică a deficienței cit și studiul diacronic al acesteia.

7. Manifestări psihopatologice și tulburări comportamentale în relație cu gradul deficienței mintale

Dintre numeroasele sistematizări ale deficiențelor mintale reținem pe aceea adoptată de *Manualul diagnostic și statistic* (ed. a III-a, 1980), care consemnează cinci forme, în funcție de nivelul mental și al posibilităților neuropsihice în general. Această sistematizare este în mare măsură asemănătoare cu aceea prezentată în ultima *Clasificare Internațională a Bolilor Mintale* (1976), diferențele vizînd cifrele Q.I.-ului ce despart diversele categorii, cit și faptul că deficiența mintală ușoară din C.I.M., este denumit în D.S.M., III retard mintal mediu.

7.1. *Deficiența mintală profundă* cuprinde copii cu un Q.I. sub 20 și o vîrstă mintală ce nu depășește 3 ani. Această situație se traduce în plan clinic prin faptul că deficienții respectivi sînt nonantrenabili și practic irecuperabili, neputîndu-și asigura autoprotecția și autoîntreținerea. Eforturile psihopedagogice nu realizează decît „o minimă și limitată antrenare în autoîngrijire” (D.S.M. III, 1980, p. 40) și vizează în special deprinderea de a se alimenta și de control sfincterian, ceea ce permite ameliorarea stării igienice și psihice.

Dezvoltarea senzorio-motorie a acestor deficienți rămîne rudimentară, mersul realizîndu-se tardiv, în preșcolaritate, efectuîndu-se cu mare dificultate. Deseori ei execută mișcări ritmice, stereotipe, de balans, iar altele prezintă manifestări motorii cu caracter brusc, inadecvat sau stări de agitație.

Sub aspect comportamental a fost descris tipul „apatic”, placid, indiferent, și tipul „excitat”, cu manifestări agresive, autoagresive și tendințe distructive. Actele autoagresive pot antrena automutilări, favorizate de hipoestezia și hipoalgezia lor, înscrise într-un amplu tablou al tulburărilor senzoriale.

În afara crizelor coleroase și agresive, acești deficienți prezintă comportamente instinctive dezordonate și tendințe oroalimentare dezvoltate, caracterizate prin bulimie și coprofagie. În anumite cazuri este prezentă o simptomatologie neuropsihică manifestă, ilustrată clinic prin crize convulsive, catatonie, autism, manierism postural, precum și sindroame neurologice caracterizate prin hemiplegie, diplegie, simptome extrapiramidale etc.

Sub aspect somatic, această grupă a deficiențelor mintale profunde este marcată și de anomalii morfologice, în special craniene (microcefalie,

macrocefalie, hidrocefalie, oxicefalie, porencefalie, prognatism, retrognatism etc.) sau ale coloanei vertebrale și membrelor (cifoza, scolioza, spina bifida, polidactilie, sindactilie) care, prin gravitatea lor, nu permit decât o scurtă supraviețuire, de câteva luni sau de câțiva ani.

7.2. *Deficiența mintală severă* reunește copii cu un coeficient intelectual între 20 și 34 și cu o vîrstă mintală de 3—5 ani, fapt care le permite să fie slab antrenabili și parțial recuperabili. Ei pot dezvolta deprinderi igienice elementare, fiind capabili de acte simple de autoservire.

Sub aspect fizic acești deficienți pot prezenta malformațiile și dismorfiile grupei precedente, dar într-un mod mai atenuat și în procent mai redus, cei mai mulți dintre ei fiind eumorfici. De asemenea, ei au o dezvoltare motorie deficitară și prezintă în mod frecvent tremor al extremităților, spasme, mișcări involuntare sau sincinezii, care le parazitează acțiunile sau deprinderile motorii. Alteori, prezintă manifestări neurologice caracterizate prin sindroame extrapiramidale, paratonii, paralizii de nervi cranieni, crize convulsive etc.

Senzorialitatea acestor deficienți este alterată ei întâmpinînd dificultăți în discriminarea diferențelor; de asemenea, prezintă defecțiuni ale „codajului senzorial intermodal” în sensul că, în timp ce un stimul adresat unui sistem senzorial determină un răspuns stereotip, un alt stimul, nespecific, rămîne lipsit de răspuns.

În acest grad al insuficienței cognitive, deficienții își însușesc un limbaj mai mult adresativ decât comunicativ; ei utilizează anumite noțiuni, posedă o oarecare capacitate de generalizare semantică, dar vocabularul limitat nu le permite susținerea unei conversații. În ansamblu, structura limbajului lor se aseamănă cu aceea a antepreșcolarului, dar au în plus numeroase dizartrii și momente de bavardaj. În clase speciale ei pot învăța să citească, dar stăpînesc cu greutate conținutul limbajului scris; *asintaxia* stă în calea însușirii regulilor gramaticale, iar *agrafia* este întîlnită în mod constant. Cei care prezintă o formă severă a deficienței cognitive nu înțeleg și nu apreciază corect situația de elev, posibilitățile lor de relaționare oportună și adecvată fiind mult limitate. Ei nu pot înțelege relațiile spațiale și sînt incapabili de a efectua operațiile simple ale abstractizării și generalizării, de aceea activitatea ludică le este inaccesibilă, iar spiritul de echipă inabordabil. Incapabili de antrenament profesional, „ei pot efectua activități simple sub o strictă supraveghere” (D.S.M. III, 1980, p. 39).

7.3. *Deficiența mintală moderată* include subiecți cu un Q.I. ale cărui valori sînt cuprinse între 35 și 49. Această grupă cuprinde 12% din ansamblul deficiențelor mintale, fiind alcătuită din inși antrenabili și parțial educabili; ei au o vîrstă mintală de 5—7 ani, avînd posibilitatea însușirii cunoștințelor corespunzătoare primelor două clase primare. Își pot însuși parțial limbajul și au posibilitatea unor activități simple, de autoîntreținere; unii pot desfășura o anumită activitate profesională în ateliere protejate sub „supraveghere moderată”.

Cu o slabă rezonanță și modulație afectivă acești deficienți sînt de obicei docili, apatici, afectuoși, în general lipsiți de inițiativă și interes. Caracterizați prin permeabilitate și labilitate afectivă ei pot avea momente de instabilitate psihică, stări disforice și izbucniri clastice, fiind capabili de acte agresive. Menționăm totodată că în virtutea gradului înalt de

sugestibilitate și credulitate ei pot fi ușor antrenati în acțiuni prejudiciabile, cu caracter medico-legal (prostituție, perversiuni sexuale, furturi, incendieri etc.).

7.4. *Deficiența mintală medie* constituie grupa cea mai numeroasă a oligofreniilor, reprezentând 80% din ansamblul acestora; coeficientul intelectual al acestor deficiențe este cuprins între 50 și 70, ceea ce corespunde unei vârste mintale de 7—10 ani.

Spre deosebire de insuficiențele cognitive profunde care erau întâlnite la vârste mici, în primele luni sau în primii ani de viață, deficiențele medii se evidențiază la vârste mai mari, majoritatea lor fiind diagnosticate în perioada școlarității. În timp ce deficiențele profunde și severe impun în primul rând un diagnostic etiologic și un tratament medical, deficiențele ușoare sunt diagnosticate prin examen psihologic și necesită o asistență orientată preponderent psihosocial.

Evoluția neuromotorie a deficienților mintal a preocupat întotdeauna în cel mai înalt grad pe clinicieni și pedagogi; inițial, acest interes pentru dezvoltarea motricității și a abilității normale a avut un caracter pragmatic bazat pe faptul că „retardatul intelectual nu-și va câștiga viața cu inteligența întrucât minile sunt acelea care îi vor asigura un loc în societate” (Le Moal, cf. C. Kohler, 1963, p. 180). Ulterior însă, aprofundarea studiilor de psihologie și psihofiziologie au evidențiat o strinsă corelație între abilitatea motorie și performanțele cognitive evaluate prin teste psihometrice.

Dezvoltarea fizică, marcată de dismorfii și parazitată de simptome neurologice în deficiențele profunde, este relativ bună la cei cu deficiență medie, aceștia fiind în general *eumorfici*. Numai la așa-numiții „debili organici” se constată o anumită întârziere în maturizarea neuromotorie, ceea ce determină persistența reflexului catanat-plantar în extensie după vârsta de 2 ani, precum și a *sincinezilor* și *paratoniilor* după vârsta de 3 ani. De asemenea, la deficienți se constată o mai slabă coordonare a mișcărilor voluntare și acte motorii parazitare de mișcări involuntare.

Unii deficienți prezintă tulburări ale sistemelor senzoriale, dar acestea nu se datoresc atît leziunilor *senzorium*-ului, cît mai ales unei inerții funcționale generale a sistemului nervos. Studii recente asupra privării senzoriale și supraaferenței au semnalat slaba rezistență a deficienților mintal la stimularea senzorială normală; ei nu se pot adapta acestei stimulări (tolerate de persoanele normale) iar suprastimularea (vizuală, auditivă sau tactilă) determină stări afective negative (irascibilitate, nervozitate) și dezorganizare comportamentală. Considerăm că, din acest punct de vedere, deficienții mintal se aseamănă bolnavilor nevrotici care prezintă de asemenea o hiperestezie senzorială; mai mult, se consideră că unii deficienți evită supraaferența senzorială sau își creează o barieră psihologică recurgînd la o atitudine de „ecranare” față de stimuli (pe care-i percep ca supraliminali) printr-o anulare a răspunsurilor, situație care amintește autismul. Această intoleranță a deficienților față de stimularea senzorială și supraaferența s-ar explica prin incapacitatea lor „de-a organiza biții de informație într-un întreg cu semnificație” (L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2507).

Investigarea *funcției prosexice* oferă date aparent contradictorii traduse printr-o hipoprosexie voluntară și o hiperprosexie spontană; astfel, deficienții mintal posedă o bună mobilizare, distribuție și mobilitate a atenției, dar o slabă putere de concentrare, fiind ușor atrași de

stimuli nesemnificativi din mediu. Totodată, ei prezintă o anumită incapacitate de a-și inhiba răspunsuri învățate, pe care le oferă și în situații inadecvate; în legătură cu aceasta este menționată incapacitatea de a inhiba atenția față de stimuli interni și o reactivitate difuză față de o varietate de stimuli externi „nerelevanți” (*ibidem*, p. 2511).

Ca urmare a superficialității atenției, *memoria* deficienților mintal se caracterizează printr-o insuficientă fixare, alături de slăbirea memoriei de scurtă durată, fapt care îi împiedică în învățare și explică, sub un anumit unghi, insuccesele lor școlare. Cu toate că deficitul memoriei de scurtă durată este considerat de R. Ellis (1963) o tulburare de bază a debilității mintale, menționăm că numeroși deficienți, în special nonorganici, au o memorie în limite normale, fapt ce maschează întrucâtva deficitul raționamentelor. În anumite cazuri, păstrarea și evocarea mnezică a deficienților poate atinge performanțe deosebite, mult superioare normalilor. Unii clinicieni consideră că posibilitatea particulară a conservării și evocării mnezice a unor deficienți ar sta la baza memoriei lor „mecanice” excepționale, utilizată în mod compensator insuficienței cognitive. Cazurile sînt însă deosebit de rare, iar *hipermnezia* acestor deficienți este „limitată la un domeniu extrem de redus de fapte, astfel încît memoria lor nu contribuie la ridicarea eficienței activității de cunoaștere” (Mariana Roșca, 1967, p. 131).

Studiul *operativității gîndirii* și al modurilor de *organizare cognitivă* ilustrează că la deficienți are loc o scădere a ritmului dezvoltării cognitive, care pierde tot mai mult cadența față de copiii normali, pe măsura avansării în vîrstă. Spre deosebire de copilul normal, unde are loc o mobilitate crescîndă a raționamentelor și o echilibrare a operațiilor gîndirii, deficienții mintal prezintă o încetinire în utilizarea noțiunilor ca și în elaborarea judecăților și raționamentelor. Acest fapt este explicabil întrucît tendințele de supleere a anumitor aspecte ale insuficienței psihice determină performanțe în alte domenii. Dealtfel, debilul cu o vîrstă cronologică superioară copilului de aceeași vîrstă mintală prezintă anumite aspecte psihice care-l avantajează, ca, de exemplu: experiență mai amplă, posibilități de condiționare superioare și poate chiar interese mai largi în anumite domenii; totodată, sub alte raporturi, el este handicapat față de copilul cu același nivel mintal, prin faptul că întîmpină dificultăți mai mari în orientarea și adaptarea la situații noi, fiind în același timp tributari deprinderilor și condiționărilor. Mai mult chiar, în activitatea practică se constată persistența anumitor stereotipii comportamentale care, odată însușite, dispar cu mare dificultate. În acest sens putem cita exemplul clasic oferit de E. Kraepelin asupra unui deficient care lucrase la bucătăria spitalului dar, revenit acasă, a continuat să pregătească mîncarea cu aceleași mari cantități de alimente.

În linii generale, gîndirea deficienților mintal se caracterizează printr-un flux ideativ sărac, un ritm lent al ideilor, iar conținutul ideativ este legat în mod predominant de aspectele real-concrete ale existenței. Există un consens al observațiilor în ceea ce privește dificultatea debilului mintal de a-și însuși cunoștințe în același ritm și în același volum cu copiii normali; dacă aceste diferențe par mai reduse la început, „ele cresc proporțional cu complexitatea procesului de învățare” (L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2510). Se consideră, de asemenea, că „deficitul calităților verbale” ar constitui principalul handicap în dezvoltarea capacității de abstractizare și generalizare. Desigur, la deficitul achizițiilor lexicale contribuie „un

mare număr de tulburări de limbaj...care accentuează fenomenul de perseverare verbală...și fac să crească sensul aleatoriu al celor exprimate" (E. Verza, 1971, p. 175). Toate acestea își pun amprenta asupra performanțelor intelectuale care apar în primul rînd ca deficitare. Astfel, observația clinică și experimentală atestă faptul că la debilul mintal nu există concordanță între efortul intelectual și performanță; absența raportului între efortul intelectual și rezultat, această „lipsă de economie, a fost numită *disteleologie* a activității intelectuale, care-l defavorizează în fața lumii, situindu-l întotdeauna în poziția celui mai slab" (A. Busemann, 1966, p. 698).

Pe de altă parte, sînt consemnate „atingeri legate de pulsuniile epistemo-filice care, la rîndul lor, pot duce la un defect de elaborare a funcției simbolice" (R. Misès, R. Perron, 1983, p. 148). Aceasta ar constitui premisa tulburărilor de semnificare, interpretate astăzi nu numai ca expresie, ci și ca „vectori ai structurilor deficitare".

În virtutea gradului înalt de sugestibilitate și credulitate, deficientul mintal prezintă o mare aviditate de relaționare afectivă în care își caută protecție și securitate. Identificările sale, puțin electivă, sînt difuze și masive, ilustrînd persistența imaturității afective. Deși cei mai mulți deficienți sînt atașați și afectuoși, unii se caracterizează prin egoism, egocentrism, slabă toleranță la frustrație și situații privative, față de care reacționează amplu și impulsiv. Datorită iritabilității și irascibilității sale, deficientul mintal are ieșiri violente în situații limită, constringătoare sau cînd se încearcă reprimarea acțiunilor sale indezirabile. Aceste manifestări ilustrează fragilitatea organizării lor psihice și a vulnerabilității sporite, atît în fața tendințelor interne ale trebuințelor proprii, cît și la incitațiile ambiantei. Într-o măsură variabilă, aceste aspecte se înscriu în structura afectivă a deficientului, constituind o sursă generatoare de conflict; maimult, se consideră că „una din caracteristicile de bază care definesc formula afectivității deficientului mintal este starea conflictuală" (C. Păunescu, 1977, p. 192).

Starea de tensiune afectivă, iritabilitatea și instabilitatea apar în momentele de schimbare a obișnuințelor și stereotipiilor sale (schimbarea domiciliului, a școlii sau numai simple vizite ori modificarea programului zilnic), ceea ce a dus la concluzia că incapacitatea deficientului mintal de-a tolera schimbarea determină dezorganizarea comportamentului său. Desigur, amploarea reacțiilor sale depinde de forma clinică a deficienței, gradul intoleranței sale la schimbare, mărimea și semnificația schimbării. Desigur, incapacitatea de a tolera schimbarea influențează în cea mai mare măsură adaptarea. Astfel, numeroase studii au evidențiat faptul că un grad mai mare de „stabilitate emoțională favorizează adaptarea socială" (N. O'Connor, 1971, p. 227) și chiar performanța profesională (J. Schaffer, 1957, p. 599).

Personalitatea deficientului este o noțiune contestată de unii clinicieni care consideră că este vorba numai de „o individualitate ce poate să furnizeze baza necesară edificării personalității...iar în măsura în care anumite acte (de decizie) se repetă, se stabilește o atitudine care se dezvoltă, ca un caracter, ca un nucleu al personalității, într-o concepție despre lume" (A. Busemann, 1965, p. 723). Pe de altă parte, alți autori vorbesc de „dezvoltarea personalității debilor mintal" (R. Perron, 1960, p. 397), de „o tulburare a personalității deficienților mintal profunzi"

D. Rouguès, 1969, p. 491) sau combat „tendința generală a tratatelor de psihologie sau psihopedagogie a educației, de a considera deficientul mintal fără o personalitate specifică” (C. Păunescu, 1977, p. 26).

Desigur, nu este contextul analizei acestei probleme, dar trebuie menționat faptul că deficiența mintală nu poate fi privită numai din perspectiva unilaterală a tulburărilor de inteligență și nici ca o adiție a unor deficiențe, ci ca „o reală dizarmonie funcțională a psihismului care vizează aspecte multiple ale personalității” (F. Guignard și colab., 1971, p. 125). Mai mult, A. Rey (1953) consideră că în exersarea posibilităților relaționale, ca și în organizarea personalității deficientului mintal, starea intelectuală nu este decît un instrument, în timp ce viața socială, trebuințele constituționale și dobîndite sînt acelea care pun ființei „mîntal-limitate” situații problemă.

Avînd o structură psihică ce prezintă trăsături particulare, cu alte posibilități de relaționare, deficientul mintal recurge la mecanisme de apărare deosebite de cele obișnuite, bazate pe inerție, dependență, sugestibilitate sau, dimpotrivă, pe opoziționism, încăpăținare, ostilitate ori agresivitate. De cele mai multe ori, conștienți de propria lor limitare, trăind afectiv-negativ situații de ignorare, respingere sau ironizare, ei recurg la conduite compensatorii particulare și nu mai puțin prejudiciabile, ca fabulația, mitomania, perversiuni sexuale sau angajarea în acțiuni medico-judiciare. Favorizate de anumite trăsături de personalitate, aceste conduite și acțiuni apar și ca mijloace ale „afirmării de sine”, atunci cînd aceasta nu se poate realiza în cadrele sociale obișnuite. Într-o lume complexă, cu standarde ridicate de expectație și exigență, personalitatea deficientului mintal este marcată de caracterul particular de desfășurare a posibilităților sale limitate. În acest amplu context, cunoașterea și înțelegerea deficiențelor mintale și în special a celor ușoare, trebuie să se realizeze nu numai prin prisma investigației psihometrice sau a eșecului în situațiile școlare, ci și în perspectiva organizării sociale a unui grad cît mai înalt de independență și autoconducere.

7.5. *Intelectul de limită*, zona de trecere între normofrenie și nosografie, este o categorie relativ recent delimitată, dar din motive diferite contestată, în orice caz, controversată.

Situația amplu discutată a intelectului de limită ridică cel puțin două probleme și anume: a) această grupă constituie o realitate clinică și psihopedagogică sau un artificiu nosografic, impus de exigențele societății moderne; b) dacă este o grupă reală, intelectul de limită se află la limita normalului, cuprins sub cupola quassiană a acestuia, sau în aria subnormalității, respectiv a deficienței mintale? Pentru a răspunde acestor întrebări, vom folosi argumente sociologice, psihometrice și psihopedagogice.

Acceptată de Organizația Mondială a Sănătății și inclusă în *Clasificarea Internațională a Bolilor*, această grupă de deficiență mintală are o sorginte socioculturală, fiind expresia exigențelor și expectațiilor tot mai înalte formulate de societatea modernă. În acest context, trebuie să precizăm că, cu cît standardele socioculturale ale unui grup sînt mai ridicate, cu atît numărul oligofrenilor sporește și aria deficienței se lărgeste. Dimpotrivă, în grupurile sociale cu standarde culturale și intelectuale reduse, deficiența mintală, ca dealtfel și alte tulburări psihice, își estompează

elementele de specificitate diluindu-se în normalitate. Astfel, într-un studiu efectuat de experții O.M.S. în Kenya, pe o populație de peste o jumătate de milion de locuitori, s-a constatat că procentul deficiențelor mintal era de aproximativ o sută de ori mai redus decât în majoritatea țărilor europene. Pe de altă parte, urbanizarea, industrializarea, tehnizarea, și în acest cadru școlarizarea și abilitățile privind adaptarea, au impus standarde intelectuale și educaționale pe care mulți nu le-au putut atinge, fiind incluși în aria intelectului de limită, ridicând astfel morbiditatea prin oligofrenie. Subliniem totodată faptul că adaptarea este în mare măsură condiționată de factorii culturali ai unei societăți; astfel, dacă deficiența severă sau moderată impietează asupra posibilităților de adaptare la orice standard sociocultural, în cazul intelectului „limită” adaptarea depinde de standardul culturii particulare căreia cel în cauză îi aparține.

Cu un Q.I. cuprins între 71 și 85, care corespunde unei vârste mintale de 12—14 ani, aceste persoane întâmpină dificultăți în privința sesizării și înțelegerii cauzalității complexe sau a raționamentelor matematice ale școlii elementare. Dacă debilul mintal propriu-zis (oligofrenul de gradul I din sistematizarea tradițională) nu putea parcurge instanțele instructiv-educative, ale claselor primare, cel cu intelect de limită nu poate atinge, cel puțin într-un ritm normal și pe o durată optimă, exigențele claselor elementare; el rămâne la o gândire bazată pe explicații predominant concret-antropomorfe, fiind un deficitar al gândirii conceptuale, incapabil de abstractizare. Aflați sub limita inferioară a normofreniei, acest contingent de tineri poate glisa, în virtutea fragilității lor psihoafective și a limitării cognitive, pe linia tulburărilor comportamentale, îngroșând rândurile sociopatiilor, după cum, bine ghidați sub aspect psihopedagogic, profesional și etic, pot accede la o existență independentă și decentă.

Evidențiind limitele cognitive și particularitățile psihoafective ale deficientului „liminal” constatăm că prin posibilitățile intelectuale și structura de ansamblu a personalității sale, el se apropie într-o mai mare măsură de oligofren, decât de copilul normofren. Înțelegerea și respectarea *de facto* a acestei realități prezintă o importanță esențială, atât pentru destinul socioprofesional al debilului marginal, cât și pentru copilul normal, întrucât :

- aprecierea marginalilor liminali ca oligofreni impune polarizarea eforturilor instructive și educaționale asupra acestei grupe extrem de numeroase, în vederea creșterii posibilității lor de adaptare și integrare socială optimă și oportună;

- grupul școlar al normofrenilor este eliberat de rețineri retardative, ca și de perturbări comportamental-afective, care „infestează” în grade variabile, deși uneori greu sesizabile, atât relațiile interindividuale, cât și evoluția generală a procesului instructiv-educativ.

Apreciat atât sub raportul posibilităților, cât și al potențialităților, al valențelor relaționale și al forțelor vectorial-intelectuale, liminalul mintal nu se află la limita inferioară a normofreniei, ci la limita superioară a oligofreniei. Aceste persoane nu se află nici într-o ipotetică *zona incertă* dintre normofrenie și hipofrenie, ci aparțin, cu un statut pe care societatea modernă îl conturează tot mai net, domeniului deficiențelor mintale.

3. Insuficiența cognitivă concomitentă și consecutivă deficiențelor senzorio-neuro-motorii

Printre anomaliiile somatice ale deficiențelor mintal se înscriu și perturbările senzorio-motorii care sînt cu atît mai frecvente și mai intense, cu cît deficitul cognitiv este mai grav. Estimate în mod diferit de către clinicieni „la 15% pentru deficiențele vizuale și 8% pentru cele auditive” (J. L. Lang, 1962, p. 38), aceste perturbări, expresie a anomaliilor neurologice centrale sau periferice, limitează aferența senzorială și, în mod secundar, aria informațională. În felul acesta, handicapul cognitiv inițial nu poate fi recuperat, adîncindu-se prin limitarea aportului informațional. Nivelul scăzut al stimulării senzoriale consecutiv afectării diversilor analizatori joacă un rol important nu numai în dezvoltarea cognitivă, ci și în organizarea personalității deficientului, imprimîndu-i dimensiuni și trăsături patoplastice.

8.1. *Deficiențele senzoriale*, mai ales vizuale și auditive, trec de cele mai multe ori neobservate înainte de școlaritate, prejudiciind atît randamentul școlar, cît și comportamentul general. Astfel, ambliopiile, ca și alte tulburări de vedere, antrenează un deficit de organizare a percepției spațiale și motorii, fapt care împieteează asupra dezvoltării gîndirii categoriale; investigați clinico-psihologic, acești deficienți, de obicei cu pseudooligofrenie obțin rezultate mai bune la probele verbale și rezultate mai slabe la probele de performanță. Hipoacuziile și în general tulburările de auz determină dificultăți în organizarea limbajului și un tablou comportamental de oligofrenie severă, copilul devenind agresiv, bizar, opozant sau, dimpotrivă, inhibat, repliat asupra lui însuși.

Investigația clinico-psihologică a unui copil cu deficiențe concomitente relevă anumite aspecte generale printre care menționăm :

- ambliopii (de obicei cu pseudooligofrenie) obțin rezultate mai bune la probele verbale și mai slabe la probele de performanță;
- hipoacuzicii, dimpotrivă, prezintă rezultate superioare la probele de performanță, avînd răspunsuri inferioare posibilităților reale la probele verbale;
- deficienții mintal (fără atingeri ale senzoriului) prezintă un prag senzorial mai ridicat și o perioadă mai mare de latență la stimuli.

8.2. *Deficiențele motorii*; secundare unor leziuni ale sistemului nervos central sau periferic sînt asociate deseori oligofreniei, ca expresie a aceleiași etiologii organice. Deficitul motor joacă un rol important în ansamblul organizării psihice, atît la copilul cu nivel cognitiv normal, cît și (cu atît mai mult) la deficientul mintal. Prin deficitul conduitei epraxice, se determină în mod secundar scăderea informației care, la rîndul ei, are drept consecință un deficit conceptual cu implicații negative asupra dezvoltării cognitive. Dar nu numai limitarea motorie împieteează asupra dezvoltării intelectuale, ci și instabilitatea motorie care „poate jena capacitatea de învățare, iar unele deprinderi motorii condiționate să-și piardă valoarea lor formativă, antrenînd un monolog motor steril” (J. de Ajuaguerra, 1974, p. 645). Pe de altă parte, se constată că în oligofreniile „endogene”, care nu sînt asociate cu leziuni cerebrale importante, eficiența praxică, fiind strîns corelată cu posibilitățile cognitive, realizează ceea ce unii clinicieni numesc o „debilitate motorie” care afectează precizia, suplețea și rapiditatea mișcărilor.

8.3. *Tulburările afazo-apraxo-agnozice* sint determinate de leziuni cerebrale și pot evolua în mod independent sau în strinsă corelație cu o insuficiență cognitivă. Fiind tulburări ale funcțiilor instrumentale, gnozo-practice, ele determină întârzieri atât în apariția limbajului vorbit și scris, cît și în privința posibilităților de organizare spațială a subiectului; în fond, tulburările afazo-agnozice pot fi considerate ca defecte intelectuale parțiale.

Cu toate că există un consens al opiniilor privind strinsa corelație dintre gîndire și limbaj în situațiile normale, în oligofrenii pot exista disfuncții ale acestor funcții psihice, „neexistînd un paralelism între tulburarea de limbaj și gradul insuficienței mintale” (S. Borel-Maisonny, 1968, p. 133). Dimpotrivă, alți clinicieni apreciază gradul deficienței axîndu-se pe analiza limbajului, apreciat ca sistem semnificant comun. Această opinie este fondată pe faptul că integrarea limbajului are loc printr-o condiționare între „cuvinte și lucruri”, ceea ce duce la realizarea de structurări ale experienței, care devine astfel simbolizată prin cuvintele utilizate. În acest sens, insuficiența cognitivă se exprimă prin analiza a doi parametri esențiali : integrarea limbajului și integrarea socială. Acești factori sînt considerați complementari, întrucît, conform opiniei lui M. de Maistre (1970), integrarea socială nu este posibilă fără integrarea „experienței universalizate și conceptualizate” care este limbajul, iar acesta nu se poate dezvolta decît într-un cadru social.

9. Deficiențele mintale în relație cu bolile psihice și manifestările comportamentale

9.1. *Relația dintre deficiența psihică și fenomenologia psihopatologică* a fost sesizată încă din a doua jumătate a secolului trecut, cînd Magnan a constatat predispoziția delirantă a oligofrenilor și a interpretat deficiența mintală ca fond favorizant al dezvoltării delirului. Ulterior, numeroși autori au descris la oligofreni idei delirante cu conținut revindicativ și persecutoriu, semnalînd caracterul sărac al temelor delirante.

Controversata problemă a interrelațiilor dintre deficiența mintală și tulburările psihice, departe de a fi elucidată, a devenit tot mai complexă odată cu dezvoltarea pedopsihiatriei care a contribuit la reliefarea tablourilor clinice psihopatologice, la delimitarea diagnostică și la cunoașterea naturii și evoluției lor. Referitor la această problemă precizăm că, actualmente se consideră depășită noțiunea clasică de deficiență mintală „cu tulburări asociate”, întrucît acestea, indiferent de manifestarea și formă lor clinică, „nu exprimă juxtapunerea unor fenomene de nivel diferit și cu origine diferită” (R. Misès și R. Perron, 1983, p. 148), fiecare element psihopatologic fiind interdependent de celelalte în cadrul dizarmoniei evolutive ce orientează fenomenologia clinică a procesului morbid. Spre deosebire de observațiile empirice, conform cărora „psihopatologia deficientului mintal diferă numai ca frecvență și nu ca natură de psihopatologia din populația generală” (L. Cytryn și R. Lourie, 1980, p. 2510), studii aprofundate au căutat să evidențieze particularitățile și eventual specificitatea manifestărilor psihopatologice ale deficiențelor mintale. Aceste trăsături psihopatologice caracteristice s-ar traduce clinic prin „autismul nonpsihotic, repetitivitate, inflexibilitate, pasivitate emoțio-

naală, imaturitate, diferențiere insuficientă a funcțiilor Eului etc. (G.T. Webster, 1963, p. 120) sau prin „comportament repetitiv, stereotip, obsesiv și dificultăți în dezvoltarea limbajului” (S. Chess, 1970, p. 122).

De asemenea, nu există un consens privind amploarea manifestărilor psihopatologice la deficienții mintal; astfel, în timp ce unii clinicieni consideră că acestea sînt de mică amplitudine și episodice, alții argumentează că ele sînt mai severe și cu o evoluție mai îndelungată decît la copiii fără deficiență mintală. Menționăm însă că în timp ce tulburările de comportament sînt apanajul deficiențelor mintale ușoare, psihozele au fost raportate mai ales la debilitatea medie și profundă.

Cu toate că manifestările psihopatologice ale deficienților mintal au fost tot mai atent decupate în ultimii ani, se consideră că „un mare număr de copii cu insuficiență intelectuală...pun în joc alte mecanisme psihologice sau psihopatologice” (R. Misès, 1975, p. 21) realizînd tablouri clinice particulare numite *psihoze cu expresie deficitară*, a căror frecvență, tot mai mare a determinat limitarea ariei tradiționale a deficienței „simple” sau „omogene”. În acest context vom analiza raporturile deficienței mintale cu principalele arii ale psihopatologiei clinice.

9.2. *Deficiența mintală și procesele psihotice.* Controversata relație dintre psihoză și deficiența mintală, deși dăinuie de la sfîrșitul veacului trecut, rămîne, fără îndoială, piatra de încercare a psihopatologiei vîrstei copilăriei. Aceasta cu atît mai mult cu cît, deși au fost întreprinse minuțioase studii clinice, tendința de discriminare a celor două condiții, deficiența și psihoza, încă nu este elucidată, considerîndu-se că „toate psihozele infantile pot să comporte un aspect deficitar mai mult sau mai puțin important”, după cum „în toate deficiențele mintale pot coexista elemente psihotice” (G. Guériot și C. Chancé-Serve, 1983, p. 90). Apariția unui proces psihotic la un copil deficient psihic a fost semnalată de E. Kraepelin (1896) care a denumit această entitate clinică *propfhebefrenie*; pentru situația în care procesul psihotic apărea la un deficient care a depășit vîrsta pubertății E. Bleuler impune termenul de *propfschizofrenie*. Incoerența și autismul multor deficienți mintal au indus opinia conform căreia schizofrenia survine cu predilecție pe terenul oligofreniei statuîndu-se concepția *schizofreniei grefate* care călăuzește și astăzi numeroși clinicieni în activitatea practică.

Considerăm că frecvența mare a simptomatologiei schizofrenice la deficienții mintal (estimată între 40% și 4%) a determinat o concepție etiopatogenică organicistă a fenomenologiei discordante în virtutea căreia aceasta ar fi favorizată în apariție de fondul cerebral-organic. Această concepție a impus și noțiuni corespunzătoare ca aceea de *encefalopatie schizofrenică* (Marchand), de *formă pseudoschizofrenică a encefalopatiei* (Fuller), *encefalopatii evolutive* sau *encefalopatii schizofreniforme*. În concepția clinicienilor respectivi acești copii ar reprezenta „cazurile mixte” ale oligofreniei, exprimate clinic printr-o deficiență cognitivă și o simptomatologie pseudoschizofrenică. De asemenea, numeroși clinicieni au descris la deficienți *stări delirante polimorfe și tranzitorii* (denumite clasic *bufee delirante ale degenerațiilor*), precum și organizări psihotice discordante durabile. Fără îndoială că, în aceste situații, „există un mixaj al celor două serii de simptome; unele traducînd o deficiență sau o întîrziere în dezvoltarea copilului, altele exprimînd o distorsiune relațională de ordin psihotic” (G. Guériot și C. Chancé-Serve, 1983, p. 90).

Pe de altă parte, se consideră că toate aceste tablouri clinice nu ar fi deficiențe mintale adevărate, depunându-se eforturi constante de diferențiere și de separare cât mai netă între stările psihotice și oligofreniile propriu-zise.

În activitatea practică, distincția dificilă între o deficiență mintală și o psihoză cu debut nespecific și insidios este, într-adevăr, susceptibilă să ducă la ideea unei evoluții psihotice a deficienței, unii clinicieni vorbind de o „asociație între schizofrenie și debilitatea mintală” (M. Schachter, 1963, p. 123). Această relație este exprimată în mod diferit sub raportul incidenței, fiind ignorată de unele studii, în timp ce altele „atribuie debiliilor mintali un foarte mare risc de îmbolnăvire psihotică, estimarea acestuia atingând 40 % din cazuri” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 865). Faptul că deficiența mintală, ca afecțiune primară, îmbracă uneori forme particulare, cu manifestări disociative sau discordante, a determinat pe clinicienii ultimelor decenii să emită opinia unei „deficiențe mintale evolutive”, precum și a unui raport de continuitate între oligofrenie și schizofrenie. Această concepție clinică pe care o considerăm deosebit de importantă, atât sub aspect teoretic (al psihodinamicii manifestărilor psihopatologice), cât și practic (al adoptării unei corecte conduite terapeutice), nu a fost încă elucidată, în ciuda cercetărilor întreprinse de către F. J. Meno-lascino (1965), S. Lebovici și colab. (1967), B. Lechevalier și H. Flavigny (1967), J. L. Lang (1969), R. Misès (1969) etc.

Totuși, ideea a fost menținută și studiile complexe efectuate în ultima vreme pe loturi reprezentative de bolnavi remarcă strînsa intricare între simptomatologia deficitară și fenomenologia psihotică. Această situație este determinată de faptul că o deficiență mintală este întotdeauna însoțită, după cum constată J. L. Lang (1969), de tulburări în relația cu sine, cu celălalt și cu lumea, atât în planul funcțiunilor, cât și în acela al expresiei emoționale și al conduitelor; pe de altă parte, în orice psihoză există tulburări cognitive care vor altera în mod esențial gândirea conceptuală și utilizarea simbolurilor, situație ce va determina limitări sau chiar deficite la nivelul eficienței acestor funcțiuni. Imposibilitatea separării clinice tranșante între deficiența mintală și psihoză a determinat în ultimii ani conturarea unei zone nosografice alcătuite din *psihoze cu expresie deficitară*, care „încăd copii descriși de autorii clasici sub numele de encefalopatii schizofrenice, reacții psihotice la arierati, debilități evolutive și psihoze grefate” (R. Misès, 1973, p. 26). În aceste situații, în funcție de caz, sînt folosiți termenii de „psihotici deficienți” sau „arierati psihotici”, „după cum accentul este pus asupra prevalenței proceselor psihotice sau ale sindromului deficitar” (G. Guériot și C. Chancé-Serve, 1983, p. 92), simptomele celor două condiții fiind strîns intricate încă de la apariția procesului psihotic.

Desigur, unificarea noțională nu este echivalentă cu dizolvarea diverselor entități și nici cu rezolvarea controversatelor probleme nosografice, servind eventual clarificărilor didactice. Astfel, probleme particulare de diagnostic ridică distincția între o psihoză care a apărut pe un fond psihic deficitar și un deficit psihic de origine psihotică. În prima situație se va ține seama de caracterul dizarmonic al dezvoltării psihice, de unele manifestări anxioase și de aspectul atipic al relațiilor copilului cu ambianța; în a doua eventualitate, a psihozei dizolvate în deficit, se remarcă în primul rînd autismul, care învăluie deficiența cognitivă și elementele de depersonalizare.

Dificultăți de distincție nosografică ridică, de asemenea, stările prepsihotice în raport cu deficiențele mintale ușoare. Într-adevăr, hipobulia, tendințele autiste și apragnatismul unui copil cu debut lent și insidios de psihoză discordantă pot induce confuzii cu deficitul mintal „armonic”; acesta prezintă însă o atingere mai mult sau mai puțin omogenă a proceselor cognitive, iar curba evoluției sale psihice este relativ regulată. În plus, deficientul mintal prezintă relații sensibile între nivelul afectiv și cel intelectual, iar dezvoltarea psihomotorie este global întârziată, ceea ce conferă omogenitate rezultatelor la testele cognitive; de asemenea, debilul mintal poate prezenta antecedente organice, înscrise frecvent în etiopatogenia deficienței cognitive. Spre deosebire de acesta, copilul prepsihotic sau cu debut psihotic subclinic poate prezenta simptome discrete care evocă starea discordantă: autism, solilocvie, tendințe stereotipe, ritualuri, anxietate, elemente delirante. La el se remarcă, de asemenea, heterogenitatea posibilităților intelectuale și a rezultatelor la testele cognitive ca și o discordanță atât în comportamentul copilului, cât și între impresia clinică și rezultatele examenului psihometric.

Evoluția psihozelor care au un tablou clinic asemănător cu acela al deficiențelor mintale aduce, în cele din urmă, clarificări nozografice, deși nu trebuie așteptată „proba timpului” pentru elucidarea diagnosticului. Desigur, unele psihoze ale copilului oferă după adolescență tablouri psihotice autentice; altele însă îmbracă „forme pseudonevrotice secundare”, iar o a treia categorie se organizează în „forme oligofrenice” (S. Lebovici și colab., 1967, p. 13). Această ultimă eventualitate, a stabilizării în oligofrenie a unei fenomenologii psihotice, a făcut obiectul unor analize clinice longitudinale care au evidențiat că mulți copii psihotici prezentau, după adolescență, tabloul unei deficiențe mintale, „cu conduită și inserție socio-profesională, caracteristice oligofreniei ușoare” (B. Lechevalier și H. Flavigny, 1967, p. 51).

Referindu-ne la psihozele propriu-zise, care apar la vârsta copilăriei, menționăm că impactul acestora asupra unor funcții psihice insuficient edificate va determina un prognostic a cărui severitate va fi în funcție de vârsta copilului. Astfel, dacă debutul psihozei are loc înainte de patru ani, dată fiind fragilitatea sistemului nervos la această etapă a dezvoltării, prognosticul va fi sumbru, marcat de o regresie psihică generală și profundă, procesul psihotic îmbrăcînd o formă pseudodementțială, caracterizată în primul rînd prin autism și automutilare. Dacă debutul psihozei are loc după vârsta de 4—5 ani, tabloul clinic va cuprinde elemente caracteristice formei clinice respective, iar prognosticul va fi diferit, în funcție de natura și gravitatea procesului psihotic. În aceste situații psihoza poate determina o stare psihică deficitară, atât prin procesul psihotic în sine, cât și prin faptul că fenomenele clinice psihotice, după cum subliniază R. Misès (1981), tulbură aprehensiunea și investirea realului, a lumii externe și a relațiilor obiectale precoc.

9.3. *Deficiența mintală și reacțiile nevrotice.* Situațiile psihotraumatizante, generatoare de reacții nevrotice, au pentru copil o semnificație diferită față de adult, fiind provocate de hiperautoritarism parental, situație familială conflictuală, disociere familială, insuficientă protecție și securitate (mai ales pentru cei din afara mediului familial), ca și fixarea excesivă la o mamă hiperprotectoare. Acestea, ca și numeroase alte impre-

jurări, determină o stare de inhibiție, cu influențe negative asupra comportamentului general și apariția unor reacții nevrotice de amplitudine variabilă.

Este important să se distingă manifestările nevrotice care apar pe fondul deficiențelor psihice de *pseudodeficiențele nevrotice*, în care copiii se prezintă ca inactivi, inhibați, conformiști, inoportuni în răspunsuri și reacții etc., situație ce apare mai elocventă într-un context social particular și mai redusă în cadrul familial. Psihometria ilustrează la ei o discrepanță între rezultatele foarte bune la testele de performanță și rezultatele deficitare constatate la testele verbale.

Deși considerăm că în virtutea structurii sale psihice deficientul mintal nu poate dezvolta decât reacții nevrotice, unii clinicieni consemnează totuși existența de nevroze propriu-zise. Pe de altă parte, la deficienți, „mecanismele de tip fobic obsesional sau isteric tind, mai degrabă, să se organizeze ca trăsături de personalitate decât să ocupe un loc în prim plan” (R. Misès, R. Perron, 1983, p. 147). Desigur, în mod schematic putem considera că incidența nevrozei este în funcție de rezultanta dintre amploarea și semnificația factorilor conflictuali psihotraumatizanti și gradul de organizare și structurare a personalității sau, în alți termeni, gradul de elaborare a mecanismelor de apărare ale Eului. În virtutea acestor considerente de ordin etiopatogenic, ar trebui ca incidența nevrozelor în cadrul deficiențelor mintale să fie extrem de ridicată. Totuși, situația clinică nu ilustrează acest raționament, întrucât nevroza, *stricto sensu*, apare cu precădere la persoane cu un înalt grad de elaborare a psihismului, care au capacitatea unor ample investiții afective și sociale, care trăiesc intens evenimentele personale și ale lumii sale, la cei pentru care aceste evenimente nu sînt elemente contingente, ci fapte cu semnificații evidente.

9.4. *Deficiențele mintale și tulburările comportamentale.* Structura psihică deficitară poartă germenii dizarmoniei care se traduce clinic prin tulburări de comportament estimate la o frecvență de 7—40% din ansamblul oligofreniilor. În virtutea dezordinii lor comportamentale acești deficienți mintali au mai fost denumiți „dizarmonici”, noțiune ce datează de la vechea sistematizare a lui Vermeulen și Simon (1924) reluate de R. Misès și R. Perron (1983, p. 146), care, sub aspectul conduitei socioafective și al comportamentului general, au distins:

a) *deficienți mintal „armonici”* (denumiți ulterior „debili ponderați” sau „debili utilizabili”), care sînt liniștiți, placizi, docili, cu un anumit echilibru temperamental, conformiști, ceea ce le permite o bună adaptare la mediu sau într-un anumit cadru socioprofesional;

b) *deficienți mintal „dizarmonici”* la care insuficiența cognitivă este grevată de tulburări afective și comportamentale.

Această sistematizare clinică a deficienților mintal în armonici și dizarmonici, axată pe un criteriu comportamental, s-a menținut în virtutea realismului său clinic și a fost confirmată prin investigații psihometrice la care deficienții armonici obțin rezultate omogene, în timp ce dizarmonicii obțin rezultate dispersate, oferind rezultate bune la probele mnezice și de achiziții și rezultate slabe la testele de raționament și performanță.

Sub unghiul patogeniei acestor categorii clinice, se consideră că „în formele armonice domină mecanismele structurale ale unei deficiențe

intelectuale fixate", iar în „deficitele dizarmonice atingerea funcțiilor cognitive este legată de o perturbare evolutivă” (R. Misès, R. Perron, 1983, p. 146.).

În funcție de trăsăturile de personalitate prevalente, în rândul *deficiențelor armonice* au fost distinse mai multe categorii printre care se menționează: *puerilii* (asimilați celor care au o întârziere mintală simplă), *ponderații*, *activii* și *pasivii*. Menționăm că denumirile de „activi” și „pasivi” vizează în special tendințele de extraversie și respectiv introversie, evidențiate prin investigații proiective. Studiile clinico-psihologice au remarcat de asemenea că, spre deosebire de debilii dizarmonici, cei armonici au o mai mare permeabilitate afectivă și un spirit autocritic mai dezvoltat, ei fiind mai vulnerabili la situațiile conflictuale și psihotraumatizante din mediu.

De asemenea, în rândul *deficiențelor dizarmonice* se disting următoarele categorii: *instabilii*, caracterizați prin irascibilitate, intoleranță la frustrație, hipobulie, hipoprosexie, percepție superficială, fragmentară, ego-centrism, preocupări autoerotice, interes ludic exagerat; *emotivii* care sînt sugestibili, aprobativi, poikilotimici, cu puternice valențe afective; *proștii* care se prezintă creduli, bonomi, deseori euforici, lipsiți de interese generale, demobilizatori, uneori cu bune posibilități mnemonice și facilități verbale, ceea ce induce impresia de normal, în ciuda sărăciei cognitive și a erorilor de judecată.

Această grupă, a „dizarmonicilor” a mai fost considerată ca *deficiență mintală atipică* nu în sensul unei evoluții discordante ci al cristalizării particulare a trăsăturilor de personalitate într-o „dizarmonie evolutivă cu versant sau expresie deficitară” (R. Misès, 1969, p. 31). Totuși, studii relativ recente plasează deficiențele dizarmonice între psihozele cu expresie deficitară și formele tipice ale deficienței mintale. Mai mult, între psihoza cu expresie deficitară și deficiența dizarmonică a fost creată o punte reprezentată prin „deficiența dizarmonică, cu versant psihotic”, ilustrată clinic prin insuficiență intelectuală, tulburări relaționale și deficiențe instrumentale „ale căror origini apar adesea complexe și se înscriu în istoria dizarmoniei evolutive” (R. Misès, 1973, p. 27).

În ansamblu, tulburările de comportament ale deficiențelor mintale se manifestă clinic prin reacții și conduite antisociale, ilustrate prin instabilitate, fugă, vagabondaj, furturi, incendii, perversiuni sexuale etc., „manifestări comportamentale ce poartă din plin amprenta handicapului intelectual” (St. Milea, 1979, p. 184). Uneori, aceste tulburări de comportament domină tabloul clinic al deficienței mintale, amploarea lor fiind „datorată hipogeneziei sau ageneziei sentimentelor moral-sociale” (P. Brînzei, 1975, p. 142); în aceste situații deficiența mintală complică personalitatea dizarmonică delimitînd grupa „oligofrenopatiilor”.

10. Deficiența mintală și delinvența

Trecerea în revistă a studiilor referitoare la actele medico-legale comise de persoane deficiente mintal conduce la concluzia conform căreia istoria deficienței este împletită cu aceea a delinvenței. Totuși, în diverse perioade, raportul deficiență/delinvență a fost nuanțat, uneori fiind puternic influențat de concepțiile și teoriile epocii respective. Astfel, au putut apărea lucrări care încercau să acrediteze supoziția „criminalității innăscute”

și a „constituției criminale” (C. Lombroso, H. Ellis și alții), care considerau că procentul infracțiunilor în rândul deficienților este extrem de mare, ceea ce a determinat ca, alături de noțiunea de *deficiență mintală*, să apară aceea de *deficiență morală*. Dar nu numai studii din domeniul deficienților, ci și cele efectuate în rândul delinvenților arătau că peste 90% dintre aceștia aveau un coeficient intelectual sub limitele normale, ilustrând aceeași strinsă corelație între deficiență și delinvență.

Observații clinice efectuate în ultimele decenii, luând în considerare rolul modelator al factorului social în edificarea personalității și în determinarea conduitei, au relevat aspecte diferite de cele constatate anterior, determinând o slăbire a relației deficiență/delinvență. Astfel, s-a constatat că această înaltă corelație avea un caracter formal, bazat pe faptul că deficienții mintal cu delikte evitau mai greu urmărirea judiciară decât delinvenții nondeficienți. De asemenea, studii efectuate în ultima vreme au arătat o continuă scădere, atât a delinvenței propriu-zise în rândul deficienților, cât și a procentului deficienților în rândul delinvenților. De fapt, în comiterea unei infracțiuni și în apariția criminalității „temperamentul, caracterul, educația ar juca un rol mult mai mare decât nivelul intelectual” (A. Rey, 1953, p. 49). În plus, delictul, ca și infracțiunea, presupune un anumit nivel cognitiv și putem afirma că frecvența și autenticitatea delinvenței este invers proporțională cu gradul deficienței în sensul că cei ce prezintă o mai mare insuficiență cognitivă nu au posibilitatea inițierii și elaborării unor acte delictuale, servind numai ca instrumente în realizarea lor. Această aserțiune poate fi ilustrată și argumentată prin analiza particularităților delictelor deficienților care poartă amprenta insuficienței cognitive. Astfel, vagabondajul și fuga au un caracter infantil, de atracție irezistibilă, incendierile sînt cauzate de curiozitate și presu-pusa spectaculozitate, iar furturile sînt fie sugerate de către nondeficienți, fie impulsive, caracterizate prin lipsă de precauție și îndeminare și fără scopuri utilitare. De asemenea, crimele deficienților mintal au un caracter impulsiv fiind comise prin acumulare de resentiment și exasperare, iar suicidul este rodul sugestibilității, imitației, tendinței de pedepsire a părinților sau de șantaj pueril.

Analiza cauzelor comportamentului delinvenț al copilului deficient ne conduce la concluzia că factorul determinant al delinvenței nu trebuie confundat cu acela al deficienței și nici căutat în etiopatogenia acesteia. Ceea ce favorizează și uneori condiționează delinvența nu este, așa cum se consideră în mod frecvent, insuficiența cognitivă, ci inadaptarea socială și carența educațională a deficientului psihic. Conștiința limitelor cognitive, ca și dificultățile adaptative, îl fac pe deficient să transgreseze într-o conduită delinvență și să braveze prin acte de supracompensare infracționale; de aici necesitatea măsurilor educative cărora trebuie să li se acorde o importanță cel puțin egală cu aceea a eforturilor instructive.

Bibliografie

- Ajuriaguerra, J. de, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1974.
Borel-Maisonny, S., *Les troubles du langage dans la déficience mentale et leur rééducation*, „Folia phoniat.”, 1968, 20, p. 133—155.
Brinzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.
Busemann, A., *Psychologie des déficiences intellectuelles*, Paris, Press. Univ. France, 1965.

- Chess, S., *Temperament and behaviour disorders in mentally retarded children*, „Arch. Gen. Psychiatry”, 1970, 23, p. 122.
- Cytryn, L., Lourie, S. R., *Mental Retardation*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds.), Baltimore, London, Williams Wilkins, 1980, p. 2484—2526.
- Ellis, N. R. *Handbook of Mental Deficiency*, New York, McGraw-Hill, 1963.
- Gerard, D.S., Richmond, B. I., *Mental Retardation, America Handbcok of Psichiattrry* (S. Arieti ed.), New York, Basic Books, 1975, p. 437—452.
- Guériot, G., Chancé-Serve, C., *Echec scolaire et troubles de la personnalité*, in : „Confrontations psychiatriques”, 1983, 23, p. 81—98.
- Guignard, Fl. et al., *Les troubles de la signification chez les débiles mentaux*, „Psychiat. Infant.”, 1971, 14, 1, 125—131.
- Hilgard, E. R., *Introduction to Psychology*, Harcourt, Brace, World, 1962.
- Inhelder, B., *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1963.
- Ionescu, G., *Posibilități terapeutice ale comportamentului general de insuficiența cognitivă*, in : *Terapie psihotropă* (red. V. Predescu), București, Edit. medicală, 1968, p. 409—414.
- Ionescu, G., *Psihologia deficiențelor mintal*, in : *Sinteze de psihologie contemporană. Psihologia educației și dezvoltării* (red. I. Radu și colab.), București, Edit. Academiei, 1983, p. 271—281.
- Kauner, L., *A history of the care and study of the mentally retarded*, Thomas, Springfield, 1964.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, Baltimore, London, Williams-Wilkins, 1983.
- Köhler, C., *Les déficiences intellectuelles chez l'enfant*, Paris, P.U.F., 1963.
- Lang, J. L., *L'enfance inadaptée*, Paris. P.U.F., 1964.
- Lang, J. L., *Le problème nosologique des relations entre structure psychotique et structure déficitaire (psychose à expression déficitaire et „ariération psychose”)*, „Excerpta Med. Found.”, 1969, 1, p. 97—115.
- Lang, J. L., *Esquisse d'un abord structural des états déficitaires*, in : „Confrontations psychiatriques”, 1973, 10, p. 31—51.
- Lebovici, S. et al., *Éléments d'une recherche concernant l'avenir éloigné des psychoses de l'enfant*, „Rev. Neuropsychiat. Infant.”, 1967, 15, 1—2, p. 13—18.
- Lechevalier, B., Flavigny, A., *Evolution de la schizophrénie infantile chez le grand enfant et l'adolescent*, „Rev. Neuropsychiat. Infant.”, 1967, 15, 1—2, p. 51—75.
- Maistre, M. de, *Déficience mentale et langage. Approche psychologique et pédagogique*, „Encyclopédie Universitaire”, Paris, Editions Universitaires, 1970.
- Menolascino, F. J., *Psychiatric aspects of mental retardation in children under eight*, „Amer. Journ. Ortopsychiat.”, 1965, 35, 2, p. 852—861.
- Milea, St., *Tulburări de comportament la vârsta infanto-juvenilă. Cadru clinico-etiopatogenic*, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie”, 1979, 24, 3, p. 173—186.
- Misès, R., *Pour une approche du débile mental sous l'angle de la personnalité*, „Rev. Neuropsychiat. Infant. Suppl. Pédo-psychiatrie”, 1969, p. 31—41.
- Misès R., *L'enfant déficient mental*, Paris, Press. Univ. France, 1975.
- Misès, R., *Cinq études de Psychopathologie de l'enfant*, Toulouse, Privat, Coll. „Domaines de la Psychiatrie”, 1981.
- Misès, R., Perron, R., *Débilité mentale et échec scolaire*, „Confrontations psychiatriques”, 1983, 23, p. 135—160.
- Oancea, C., Christodorescu, D., *Oligofreniile*, in : *Psihiatrie* (red. V. Predescu), București, Edit. medicală, 1976, p. 764—810.
- O'Connor, N., *Cognitive deficits in children*, „Brit. Med. Bull.”, 1971, 27, 227—231.
- Păunescu, C., *Deficiența mintală și organizarea personalității*, București, Edit. didactică și pedagogică, 1977.
- Perdoncini G., Yvonne, Yvon, *Précis de psychologie et de rééducation infantiles*, Paris, Flammarion, 1963.
- Perron, R., *Problèmes de personnalité chez les débiles mentaux*, „Enfance”, 1960, 4—5, p. 397—419.
- Perron, R., *Attitudes et idées face aux déficiences mentales*, in : *Les débilités mentales* (red. R. Zazzo), Paris, A. Colin, 1969, p. 41—69.
- Perron, R., *L'approche psychologique des déficiences mentales : étude génétique et analyse fonctionnelle*, „Confrontations psychiatriques”, 1973, 10, p. 53—73.
- Piaget, J., *Psihologia inteligenței*, București, Edit. științifică, 1965.
- Rey, A., *Arriération mentale et premiers exercices éducatifs*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1953.
- Rosca, Mariana, *Psihologia deficiențelor mintali*, București, Edit. didactică și pedagogică, 1967.
- Rougès, Denise, *Psychopédagogie des débiles profonds*, Paris, Ed. Fleurus, 1969.

- Schachter, M., *Schizophrénie et débilité mentale*, „Ann. neuropsychiatria e psicoanalisi.”, 1963, 10, p. 123—137.
- Schaffer, A. J., *Criteria for selecting institutionalized mental defectives for vocational placement*, „Amer. Journ. Ment. Defic.”, 1957, 61, p. 599—616.
- Verza, E., *Particularități ale structurilor verbale la debilul mintal*, „Analele Universității București. Psihologie”, 1971, 20, p. 171—176.
- Webster, T. G., *Problems of emotional development in young retarded children*, „Am. J. Psychiatry”, 1963, 37, p. 120.
- Zazzo, R., *La notion d'hétérochronie dans la diagnostic de la débilité mentale*, „Revue de Neuropsychiatrie Infantile”, 1965, 4—5, p. 241—246.
- Zazzo, R. et al., *Les débilités mentales*, Paris, A. Colin, 1969.
- *** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition), New York, The American Psychiatric Association, 1980.
- *** *Glossaire et guide de classification des troubles mentaux*, Genève, O.M.S., 1976.

D. Involuția senilă sub unghiul psihologiei clinice

Importanța involuției senile constă nu numai în interesul ei teoretic, ci și în aspectul ei pragmatic, datorită sporirii numărului de bătrâni. Într-adevăr, media de viață a omului a crescut continuu în istorie, odată cu progresul social-economic și tehnico-științific: de la 20—25 ani cât era în antichitate, a ajuns la 30—35 ani în Europa anului 1000 pentru ca începând din secolul al XX-lea să facă un adevărat salt ajungând în 1950 la 67,3 ani (E. Martin, 1959). Consecutiv și proporția vîrstnicilor crește. Vom lua ca exemplu situația din două țări europene.

Tabelul nr. 1

	1850	1860	1870	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950
Franța	6,47	6,89	7,41	8,11	8,28	8,2	8,36	9,05	9,35	—	11,8.
Suedia	4,78	5,22	5,43	5,90	7,68	8,37	8,44	8,40	9,20	9,41	10,31

Tabelul redă după E. W. Burgess (1960) proporția celor de peste 65 ani în procente (%) față de totalul populației.

Îmbătrînirea psihologică a ființelor vii, și în special a omului, este un proces care se realizează în două planuri:

— cel al biostructurilor (sistem nervos, sistem endocrin) care reprezintă suportul material al vieții psihice (*hardware*) și

— cel al desfășurării propriu-zise a funcțiilor psihice (*software*).

Evenimentele care se petrec în fiecare din aceste planuri se combină și determină forma și viteza de desfășurare a îmbătrînirii sau involuției psihice. Evenimentele respective pot fi provocate de mediul ambiant ecologic și social (factori externi) sau se realizează în însuși sistemul vieții psihice, prin „uzura” sa (factori interni).

Evident că aceste evenimente, care au un caracter aleatoriu, acționează asupra unui fond determinat de informația ereditară.

Procesul de îmbătrînire al unui astfel de sistem ca și întreaga funcționare a psihismului uman trebuie interpretate dominant în perspectiva

interacțiunilor sale cu restul lumii, deoarece el este integrat în mediu (în special în cel social).

De aceea, în afară de vîrstă (sau de dimensiunea timp calendaristic) trebuie să luăm în considerare încă două dimensiuni: — mediul socio-cultural în cadrul căruia se dezvoltă și îmbătrînește orice subiect (W. H. Holzman, 1965); — generația sau cohortă în care este inclus (K. W. Schaie și U. R. Strother, 1968) căci într-un fel vor îmbătrîni de exemplu oamenii generației care a suportat două războaie mondiale, care au trăit în Europa Reformei și Contrareformei, care trăiesc în socialism.

Metodele psihologice permit astfel crearea unui *sistem de referință*, care descrie desfășurarea modului de îmbătrînire, statistic, normal. Se admite că pentru o anumită populație încadrată într-o structură social-culturală dată și aparținînd unei anumite generații (cohorte) se pot stabili valorile medii ale unor indicatori de vîrstă și distribuția lor (de tip gaussian) pentru diferitele intervale de timp cercetate (în general semidecade sau decade). În felul acesta, dispunînd de o referință (de o colecție de criterii de vîrstă) psihologul gerontolog poate stabili pentru fiecare subiect vîrsta lui psihologică reală (în raport cu sistemul de referință) și din compararea ei cu vîrsta cronologică (sau calendaristică) poate aprecia dacă ritmul de îmbătrînire este normal (ortogerie), înetinit sau crescut (îmbătrînire precoce sau accelerată).

1. Principii generale

§ de metodologie clinico-psihologică

Ereditatea, unii factori din mediul ecologic sau (și) social pot determina devieri semnificative de la „pattern”-ul îmbătrînirii normale. De astă dată nu este vorba de o modificare a ritmului de îmbătrînire, ci de apariția unor „modificări” diferite de cele întîlnite în cursul procesului propriu-zis de involuție. Diferența poate fi de ordin cantitativ (de exemplu în cadrul tulburărilor de memorie și de atenție) sau de ordin calitativ (de exemplu apariția unor stări afective de intensitate psihotică sau a unor idei delirante etc.). În acest caz investigațiile psihometrice propriu-zise (extrem de utile) trebuie completate (dat fiind amploarea devierilor de la normal) cu metode de investigații clinice. Acestea trebuie folosite în cadrul unei abordări complexe și multidisciplinare ce implică:

- examenul psihic conform semiologiei clinice psihiatrice;
- examenul somatic (inclusiv și mai ales neurologic și endocrin), folosind metode clinice și paraclinice (electrice, radiologice, biochimice etc.);
- analiza factorilor sociali (prin anamneză și anchetă socială).

Examenul psihic e bine să fie făcut de un medic psihiatru în colaborare cu un psiholog, familiarizat cu probleme de psihologie clinică. Numai combinînd demersurile și metodologiile proprii acestor două discipline se poate ajunge la o cunoaștere mai corectă a stării psihice a subiectului.

Nu trebuie să uităm că această examinare la vîrstnici întîmpină unele dificultăți din cauza:

- tulburărilor senzoriale (în special diminuarea acuităților vizuale și auditive),
- tulburărilor motorii (din cauza deteriorării senile a aparatului osteoarticular și a sistemului neuromotilității),

— fatigabilității subiecților (ceea ce impune ședințe scurte și repetate de examinare) și

— suspiciunii sau lipsei de colaborare a unor bătrâni față de personalul medical sau al străinilor în general.

Înainte de a începe examenul propriu-zis este necesar să se stabilească gradul de școlaritate al subiectului și cadrul sociocultural în care a evoluat (și involuat).

Psihologia medicală și semiologia psihiatrică trebuie să detecteze și să precizeze în primul rînd tulburările psihice ale subiectului stabilind :

— *Nivelul de conștiință* (gradul de vigilență) privit pe tot ciclul nyctemeral (repartiția stărilor de somn și de veghe, existența unor stări de somnolență, reverie sau chiar crepusculare ; a unor crize de pierdere de conștiință etc.).

— *Aspectul global al comportamentului* (subiectul nu părăsește patul, este dependent de ajutorul altora pentru a se deplasa, a mîncea sau a se îmbrăca ; este sau nu gatos, are o stare de agitație cu sau fără agresivitate, are tendințe dromomane, vorbește mult ; este într-o stare de adinamie sau de prostrație ; este instabil, iritabil, impulsiv sau pasiv etc.).

— *Capacitatea de orientare* în timp, spațiu și față de propria sa persoană sau situație.

— *Starea afectivă* (normală, indiferentă, anxioasă, depresivă, hipomaniacală sau maniacală, cu euforie sau stări colerice, labilitate emoțională etc.).

— *Atenția*, prin diferitele grade de hipoprosexie, constituie zona cognitivă cea mai evident perturbată. Totodată, nu trebuie uitată fatigabilitatea normală a vîrstnicilor, care se manifestă în special printr-o scădere rapidă a atenției în cursul examinării.

— *Memoria* prezintă la vîrsta involuției întreaga gamă a fenomenelor semiologice. În cadrul ei trebuie evidențiate tulburările operaționale ale memoriei de scurtă durată, dar și starea stocurilor de date memorate, ca și capacitatea de a le evoca (amintiri din diferite epoci, cunoștințe școlare, aspecte legate de contemporaneitate etc.). Este necesară detectarea tulburărilor tranzitorii (paroxistice) sau cele interesînd un anumit interval de timp din trecutul subiectului, așa-zisele scotoame amnestice.

— *Gîndirea și ideea* impun o analiză atentă privind corectitudinea raționamentelor, posibilitățile de calcul, viteza de desfășurare a proceselor raționale ca și depistarea ideilor prevalente, a obsesiilor, fobiilor și compulsiunilor, dar mai ales a ideilor delirante (eventuala lor sistematizare etc.).

— *Modul de integrare* în familie și în societate este în mod frecvent perturbat la bătrîni. Aici nu trebuie uitată eventuala apariție a unei delinvențe, situație în care anchetele sociale sînt extrem de utile pentru precizarea acestor tulburări ale integrării.

— *Trăsăturile (dimensiunile) de personalitate*, care la vîrsta involuției prezintă numeroase perturbări, fac obiectul unui atent examen de specialitate.

Aspectele evidențiate urmează să fie completate cu analiza clinică și psihologică a funcțiilor neuropsihologice asupra căruia au insistat J. Ajuriaguerra și colab. (1954), C. Müller (1969) și alții.

În acest sens trebuie examinate : — *activitatea psihomotorie* (erori și latente), — *praxiile* (ideatorii, ideomotorii, constructive, de îmbrăcare), — *gnoziile* (în special tactile, vizuale și auditive) și mai ales — *limbajul* (diferite forme de afazie, perseverări, logoclonii etc.).

2. Mecanisme genetice ale involuției psihice

Este cert că în desfășurarea întregii dezvoltări a unui organism viu, de la celula ou la stadiul adult, apoi la senescență și moarte, intervine un factor genetic care acționează ca un program ce dictează întreg procesul privit ca o ontogeneză sau diferențiere continuă (Y. F. Kallmann, 1961).

Genetica modernă a precizat că morfologia și funcționalitatea organismelor vii sînt controlate la nivelul fiecărei celule de colecția de „instructaje” sau programe înscrisă (în „limba” codului genetic) în ADN-ul nuclear, de unde este transcrisă în ARN și apoi tradusă în cadrul sintezei proteinelor structurale și operaționale (enzime) la nivelul ribozomilor celulari.

Psihologia genetică susține o dezvoltare programatică, genetic determinată, de la naștere pînă la moarte, deci inclusiv involuția din senescență a psihismului (L. Haiflick, 1965).

În cadrul acestei concepții interacțiunile cu factorii din mediu nu ar juca nici un rol sau doar un rol minor. Deși astăzi se știe că această interacțiune joacă rolul dominant, nu se poate nega existența unui pattern general al evoluției structurale a psihismului uman, pattern care este dacă nu desenat în toate detaliile, cel puțin schițat de informația genetică.

În ceea ce privește involuția senilă, care survine după perioada de reproducere, dacă într-adevăr depinde de o anumită informație genetică, ea nu se poate selecta genetic, decît în cazul cînd este corelată cu un alt caracter genetic, ce apare mai devreme (în perioada de reproducere) conform ipotezei lui E.J. Birren, 1959 („counterpart theory”).

Două mari clase de interpretări pot fi considerate în lumina programării genetice: *concepțiile ortogenetice* ca cele ale lui H. Werner (1963), sau J. Piaget (1967) (care urmăresc întreaga dezvoltare psihică prin prisma structurării — și destructurării — funcțiilor cognitive) și cele *psihodinamice*, ca cele ale lui E. H. Erikson (1959) și alții (care urmăresc schimbările psihologice produse de vîrstă prin prisma structurării și regresiei funcțiilor abisale).

Incontestabil că atît longevitatea cît și anumite aspecte ale involuției psihice normale (și uneori patologice) au un caracter ereditar. Programul ereditar, în special în ceea ce privește psihismul uman și devenirea lui, este însă profund modificat de interacțiunea subiectului cu mediul său, mai ales cu mediul său social.

3. Procesele organice ale involuției psihice

Mecanismul de bază al involuției *hardware-ului* biologic în general, ca și al senescenței consecutive a psihismului uman, constă într-o acumulare de deteriorări (leziuni, pane) în structurile organismului, respectiv în sistemul nervos central, care se știe că e format din elemente postmitotice care nu se înmulțesc și nu se regenerează ci au vîrsta subiectului.

Deteriorările sau panele se realizează: *la nivelul moleculelor* („cross-linking”) ceea ce duce în special la alterațiuni ale reacțiilor chimice: *la nivelul structurilor subcelulare* (de ex. mitocondriile scad ca număr, membranele celulare se modifică etc.) și *la nivelul celulelor* (unul din cele mai

dramatice procese ale involuției normale a sistemului nervos fiind reprezentat de scăderea progresivă a numărului neuronilor). La nivelul scoarței cerebrale neuronii dispar cu o rată medie de circa 100 000 neuroni pe zi, dar la nivelul cerebelului ei scad cu o rată de circa 10—20 milioane de neuroni pe zi (C. Bălăceanu și colab., 1979). Evident că deteriorările se pot urmări și la nivelul ansamblurilor neuronale (rețelelor nervoase operaționale). Prin acest proces, întreg sistemul nervos scade ca volum, circumvoluțiile se atrofiază (microgirie) și spațiile ventriculare cresc.

Deteriorările sau penele acestea se ivesc în tot lungul vieții și sint expresia unui proces entropic, propriu materiei vii. Ele sint generate, cum am mai spus, de factori din mediu, dar și de factori sau evenimente interne. Acești factori sint aleatori, au o distribuție statistică și o anumită incidență, care este exprimată prin cîte o rată de apariție. Funcționalitatea sau fiabilitatea sistemului nervos depinde de aceste incidente, dar și de intervenția unor factori antientropici ca: posibilitatea de reparare a penei, ivite sau unele mecanisme complicate ca învățarea, adaptarea compensatorie, restructurări morfofuncționale etc.

Involuția psihoorganică normală dar mai ales cea patologică constituie în mod principal obiectul psihiatriei și este o problemă în special de medicină și de biologie. Totuși ea ocupă un loc de bază și în geropsihologie, necesitînd însă o abordare net pluridisciplinară.

Prin experimentări proprii, ca și din analiza unor date din literatură, am constatat (Bălăceanu și colab.) că această curbă descrie în perioada de involuție o descreștere a performanțelor, o creștere a erorilor și (sau) o prelungire a latențelor care îmbracă un *aspect exponențial*. Acest aspect exponențial la nivel senzorial (acuitatea vizuală; aria pupilară disponibilă pentru acomodarea la lumină; timpul mediu de latență a stimulilor luminoși; frecvența critică de fuziune a imaginilor pe retină) la nivel perceptual (teste diferite de recunoașteri de forme în condiții tachiscopice) la nivelul efector motor (timpii de latență a probelor psihomotorii) și la nivel cognitiv (capacitatea de concentrare a atenției, gradul de fatigabilitate a subiecților, testul cod-Wechsler, testul Wechsler-Bellevue, testul cod Clement, testul Raven).

Curba devine descendentă în jur de vîrsta de 20 de ani, are o primă accentuare a pantei la 45—50 de ani și o a doua accentuare a vitezei declinului în jur de 70 de ani.

Aceste curbe confirmă ipoteza potrivit căreia substratul organic al involuției senile este reprezentat de o acumulare de deteriorări sau pene (conform teoriei fiabilității).

Pentru funcții mai complexe ca învățarea, eficacitatea manipulării vocabularului sau funcțiile creatoare etc., curbele sint diferite. Inflexiunea inițială este aminată pînă la 70 de ani, iar panta inflexiunii uneori redusă doar la un platou cu o înclinare discutabilă. D. B. Bromley (1956) a constatat că dintr-un set de 17 teste pentru activitatea cognitivă numai două au fost sensibile în raport cu vîrsta (testul lui Shaw și cel a lui Hearnshaw). Diferența față de curbele exponențiale se explică prin puternica influență (în cazul funcțiilor cognitive complexe) a unor mecanisme compensatorii și antientropice. Faptul de mai sus arată cît de complicată este *problema criteriilor* de îmbătrînire psihologică normală.

Această problemă a criteriilor psihologice de vîrstă este una din cele mai delicate ale geropsihologiei. Organizația Mondială a Sănătății a pus-o în discuție (E. Bourlière, 1969) iar o serie de psihologi au studiat-o

(D. B. Bromley, 1956; J. E. Birren, 1959; S. Pecaud, 1961; F. Clément, 1962; N. Geist, 1968 și alții). În toate lucrările citate se găsesc bibliografii ample privind problema criteriilor involuției umane normale, din care se desprinde importanța ei teoretică și aplicativă.

4. Procesele operaționale (psihogenetice) ale involuției psihice

Procesele operaționale nu interesează suportul organic al psihismului ci doar desfășurarea proceselor psihice. Există o serie de procese de ordin informațional (în planul semnificațiilor) care pot determina sau influența (modula) modificările psihice normale sau (și) patologice ale senescentei. Ele însă nu apar pure ci se suprapun și interferează cu procesele organice deja analizate.

Astfel depopularea neuronală, dar mai ales scăderea eficacității sistemului activator ascendent al formației reticulate duc la o scădere a *tonusului cortical*. Se știe că sistemul activator acționează prin noradrenalină și că una din caracteristicile îmbătrânirii sistemului nervos este diminuarea concentrației de noradrenalină în nevrax datorită creșterii activității unei enzime (monoaminooxidaza) care o distruge (D. S. Robinson și colab., 1972).

Tonusul cortical mai scade la vîrstnici și prin : diminuarea sensibilității unor receptori (vizuali și auditivi); reducerea mobilității (proprie bătrînilor) și sărăcirea mediului (ambianței) lor, bătrîni avînd o viață mai izolată.

Diminuarea tonusului cortical generează, la rîndul ei, o serie de modificări pur psihologice la nivelul *software*-ului encefalic.

f a) Un prim aspect este reprezentat de o „*eliberare*” a proceselor *profunde ce determină personalitatea*. Ca expresie a diminuării posibilităților operaționale (de control) ale instanțelor superioare ale psihismului, instanțele primare se manifestă *mai intens*, conform unor programe proprii (potrivit principiului jacksonian de organizare a funcțiilor nervoase). Ca o consecință *trăsăturile personalității se accentuează* și rezultă un fel de caricaturizare a personalității adultului (R. Schindler, 1953 și alții).

b) *Lentoarea* proceselor psihice (consecutivă scăderii tonusului cortical) și în special *rigidizarea* lor implică o adaptare mai dificilă. Vîrstnicul își schimbă greu algoritmi cu care reacționează. Comportamentul lui trece de la „fluiditatea” vieții adulte, la o „cristalizare” din ce în ce mai accentuată (J. Ajuriaguerra și colab., 1954). Acest aspect este cel mai pregnant și impune bătrînului una din cele mai caracteristice modificări ale comportamentului. Tulburarea este evidentă în special dacă se ivește o situație nouă sau dacă bătrînul își schimbă mediul.

c) *Vigilența* diminuată a bătrînilor îi face să se integreze din ce în ce mai greu în prezent; la aceasta contribuie diminuarea tonusului cortical care antrenează scăderea eficacității memoriei de scurtă durată. Drept consecință, bătrînul se întoarce din ce în ce mai mult *spre trecut*, ajungînd în unele cazuri să trăiască exclusiv în trecut. Tot acest mecanism face pe bătrîn să se detașeze din ce în ce mai mult de restul lumii, să ajungă la o adevărată hipertrofie a eului în jurul căruia se construiește

egocentrismul atît de caracteristic al vîrstnicului, cu un comportament tiranic și conflictual față de anturaj, cu tendința la colecționarism (util sau absurd) și cu o suspiciune față de acțiunile celor din jur (probabil printr-un mecanism asemănător cu cel al delirului de influență descris de E. Kraepelin la surzi).

d) Tot ca o consecință a diminuării tonusului cortical și în special a ineficienței sistemului catecolaminelor apare adesea o *tendință la depresie*. Această tendință explică unele trăsături comportamentale ale vîrstnicului (lipsă de interes, lentoare în idee și motilitate, idei de inutilitate cu sau fără autoacuzare etc.).

În fine, alte aspecte ale involuției psihice au o determinare aproape exclusiv informațională (psihogenă). Ele au în special caracterul unor *decompensări reactive*.

Una din cele mai importante cauze este determinată de *rolul* pe care trebuie să-l joace vîrstnicul în mediul său social și chiar și în cel familiar, care este diferit de rolul pe care l-a jucat înainte. Neîmpăcarea cu noul rol determină o reacție de neadaptare care se manifestă prin aspecte de obicei nevrotiforme. Psihologului îi revine sarcina să depisteze acest factor extrem de important. Teoria rolului sau a status-ului vîrstnicului are deosebite implicații și pentru geropsihologia socială.

Însingurarea treptată a vîrstnicului (prin dispariția contemporanilor și a membrilor de familie, mai ales a partenerului marital) ca și *izolarea lui relativă socială* (prin pensionare, diminuarea activității sale psihomotorii, scăderea acuității vizuo-auditive, a fatigabilității proprii vîrstei și a trăirii unei incomprehensibilități (uneori a unei ostilități din partea generației care îi ia locul) sint alți factori care generează un întreg mecanism reactiv în cursul căruia apar: stări depresive, trăirea inutilității, a abandonării de către familie și societate, uneori de revoltă etc. Acest fenomen este agravat sau atenuat în diferitele familii și societăți în funcție de grija arătată pentru realizarea unui climat favorabil sau defavorabil bătrînului. Nu trebuie să uităm că modul cum societatea înțelege să-și integreze bătrîni este o problemă de sociologie dar și de istorie a culturii (Al. Vischer, 1955).

Conștientizarea procesului de îmbătrînire, cu toate implicațiile sale pentru activitatea fizică și intelectuală, creează și din acest unghi diferite forme de decompensări. Atitudinea pe care o ia bătrînul față de propria sa îmbătrînire este o problemă esențială pentru desfășurarea involuției psihice.

Evident că *traumele psihice*, stress-urile de orice fel își au și ele rolul lor în cursul vîrstei a treia; alteori este vorba de efectele remanente ale unor stress-uri mai îndepărtate. În fine, poate fi vorba de reactualizarea, distorsionată în trăirea bătrînului a unor situații psihotraumatizante, efortate de subiect în cursul replierii sale asupra trecutului; ele pot alimenta uneori ideile de culpabilitate ale bătrînului depresivi.

Mecanismele citate mai sus interesează psihiatrul în cazul în care decompensarea sau reacția psihogenă iau dimensiunile patologicului. Ele interesează însă totdeauna psihologul fie că e vorba de o abordare teoretică a procesului de îmbătrînire fie că e vorba de o abordare aplicativă în cadrul psihologiei clinice sau sociale.

5. Procesele patologice ale involuției psihice

Importanța statistică a formelor patologice este greu de precizat din cauza marilor deosebiri dintre rezultatele diferiților cercetători. Astfel, D. W. Kay și colab. (1964) găsește manifestări psihopatologice la persoane de peste 65 ani într-un procent de 47 % în timp ce H. Hoff (1960) le constată numai la 0,74 %, iar H. Sjögren și T. Larson (1958) indică o incidență de 0,6—0,8 %.

Importanța practică a studiilor privind manifestările psihopatologice ale involuției este foarte mare deoarece aceste cazuri sînt o povară foarte grea pentru populația activă și pentru instituțiile cu profil gerontologic sau geriatric. Din statistica lui P. Lhoas și C. Müller (1964) rezultă că 58 % din cazurile patologice au fost păstrate în mediu familial, iar restul în medii instituționalizate (cămine 16 %, spitale 26 %).

Mecanismele patologice ale involuției senile sînt declanșate de factori multipli :

Factorii genetici pot accelera sau amplifica în mod patologic procesul de senescență ca în unele dementțe precoce (boala Alzheimer) sau dementțe tardive (demența senilă). De asemenea, pot sta la baza unor boli psihoorganice degenerative (de ex. corêea cronică Huntington).

Factorii genetici pot interveni și indirect, condiționînd apariția unor boli organice somatice cu repercusiuni asupra sistemului nervos (de ex. ateroscleroza cu localizare cerebrală) sau creînd o fragilitate constituțională a *hardware*-ului sau *software*-ului nevraxial.

Factorii de risc din mediu ca : anumite moduri de alimentare (sărute, bogate în grăsimi etc.) acțiunea unor toxice (industriale, tutun, alcool, narcotice etc.) sau medicamente în exces, traumele psihice acute, stress-urile cronice etc. pot antrena direct (prin acțiune asupra *software*-ului sau *hardware*-ului cerebral) sau indirect (prin acțiune asupra aparatului cardiovascular sau a sistemelor metabolice) alterări patologice ale psihismului. Trebuie subliniată latența lungă, uneori de decenii a efectului acestor factori de risc.

Agentele patogene (virusi, germenii bacterieni, micoze, paraziți) pot determina diferite leziuni infecțioase ale sistemului nervos (encefalite, meningoencefalite, meningite, abcese etc.). Un loc deosebit în acest proces îl ocupă infecțiile cu virusi lenți care evoluează ca niște boli pseudo-degenerative ca : boala Iakob-Kreutzfeld și variantele ei, boala Pick, poate chiar boala Parkinson etc.

Traumatismele cranio-cerebrale, deschise sau închise prin leziunile imediate sau consecințele tardive, accelerează procesul involuțional.

Dereglările imunologice (de ex. formele cerebrale ale collagenazelor tardive) sau *hormonale* ca și *procesele proliferative* endocraniene benigne (meningioame) sau maligne (metastatice sau gliomatoase) prin efecte directe și indirecte (reactive, paraneoplazice, de denutriție etc.) se înscriu drept condiții etiologice ale manifestărilor psihopatologice la persoanele vîrstnice.

În general aspectele clinice se suprapun peste cele ale involuției senile propriu-zise. Ele pot avea forme și intensități extrem de variate iar printre cele mai obișnuite manifestări psihopatologice, distingem :

Tulburările de comportament și *alterările de personalitate* care se impun de obicei prin aspectele lor medico-sociale.

Decompensările nevrotiforme pe fond psihopatoid-constituțional sau reactive și *stările nevrotice*; ele îmbracă de obicei aspecte depresive, anxioase sau depresiv-anxioase iar uneori se însoțesc de manifestări interpretative. De asemenea, fenomenele somatoforme sau hipocondriace sînt frecvente.

Psihozele senile îmbracă forme depresive (cu mult cele mai frecvente) forme interpretative delirante, sistematizate cu sau fără halucinații sau parafrenice, ca și forme maniacale etc.

Sindroamele psihoorganice care realizează fie tablouri confuzionale (acute), fie tablouri dementiale (cronice) pot fi însoțite sau nu de semne neurologice mai mult sau mai puțin manifeste.

Psihologul împreună cu medicul (psihiatru, neurolog, neurochirurg, geriatru) stabilesc diagnosticul sindromologic și diferențiază cazul în raport cu involuția senilă normală. Medicului îi revine apoi sarcina să stabilească diagnosticul nosologic și să precizeze tratamentul. Medicului psihiatru și comisiilor medico-judiciare le revine rolul să stabilească discernămintul și responsabilitatea civilă sau penală și să instituie eventual punerea sub curatelă a bătrînului, psihic bolnav.

6. Aspecte psihoterapeutice în tulburările psihice ale senescenței

S. Freud a semnalat de mult dificultatea demersului psihoterapeutic la vîrstnici iar C. Müller (1969) a subliniat că psihoterapia bătrînilor este piatra de încercare a oricărui psihoterapeut. Aceste dificultăți țin de modificările perceptive și de trăsăturile psihice proprii vîrstei a treia.

De la început trebuie să subliniem că procesele organice cu elemente dementiale nu sînt accesibile psihoterapiei; existența unor tulburări semnificative de memorie, de orientare sau de comportament exclud din capul locului orice intervenție psihoterapeutică. De asemenea, psihozele senile, dată fiind gravitatea tabloului clinic nu sînt susceptibile de o terapie psihologică, decît după risipirea tabloului psihotic, deci în faza de recuperare.

Psihoterapia este indicată în stările reactive de orice intensitate, în decompensările nevrotice și în nevrozele vîrstnicilor. De asemenea, este recomandabilă în însuși asistarea bătrînilor ortogeri.

Scopurile de bază mai ales în ortogerie sînt: să împace subiectul cu bătrînețea; să-l elibereze de presiunea stărilor afective (în special anxietatea și depresiunea); să-l ajute să rezolve trăirile conflictuale generate de inadaptarea vîrstnicului la noul său statut sau la poziția care o ia sau i se pare că o ia față de el familia sa (și) societatea (D. F. Wendt, 1958; H. R. Rosenthal, 1959; R. Butler, 1960; W. Schulte, 1961; N. Petri-lowitsch, 1964; N. Geist, 1968).

Sînt autori (M. Cutner, 1950; A. I. Goldfarb, 1955; M. Grotjan, 1955; E. W. Busse și C. R. Nichols, 1958) care au recomandat psihoterapia dinamică fie sub forma inițială a lui S. Freud, fie sub forma diferitelor sale variante; psihoterapia dinamică este indicată în special pentru rezolvarea unor tensiuni emoționale provocate de reactivarea unor conflicte refulate odinioară care s-au reactualizat în senescență.

Menționăm că psihoterapia nu exclude, ci trebuie să însoțească terapia propriu-zisă, ceea ce evident nu intră în preocupările psihologului, decît în măsura în care urmărește evoluția suferinței subiectului și încearcă evaluarea efectelor tratamentului aplicat.

Bibliografie

- Ajuriaguerra, J. et al., *Troubles mentaux de la sénilité*, în : „Encyclopédie médico-chirurgicale”, Paris, 1954.
- Aslan, Ana, Bălăceanu, C. *Les états dépressifs du troisième âge*, Raport la al IV-lea Congres European de Gerontologie Clinică, Neptun, 1977, 13—35.
- Bălăceanu, C., Dobre, M., Mănoiu, A. — *Scăderea fiabilității rețelelor neuronale și îmbătrânirea psihică*, „Studii și cercetări de biotehnologie”, 1978, 5, 45—61.
- Bălăceanu, C., et al., *Neuronal degeneration in the ageing cerebral cortex*, „Congres Neurol. de limba spaniolă Barcelona”, 1979.
- Bălăceanu, C., Nicolau, Ed., — *Les fondements cybernétiques de l'activité nerveuse*. Paris, „Expansion Scientifique”, 1971.
- Birren, J. E., *Handbook of aging and the individual*, Chicago, Univ. Press, 1959.
- Bourlière, F., *Les méthodes de mesure de l'âge biologique chez l'homme O.M.S.* „Cahiers de Santé Publique”, Genève, 1969, 37.
- Bromley, D. B., *Some experimental tests of the effect of age on creative intellectual output*, „J. of Gerontology” 1956, 11, p. 74—82.
- Burgess, E. W., *Aging in Western Societies*. Chicago, Univ. Press, 1960.
- Busse, R. W., Nichols, C. R., — *Emotional disturbances of older people*, *Mes. Timesc*, 1958, 86, p. 263—268.
- Butler, R. N., *Intensive psychotherapie for the hospitalized aged*, „Geriatrics”, 1960, 15, p. 644—653.
- Clément, F., *Modifications du temps de réaction simple en fonction de l'âge et de quelques autres facteurs*, „Rev. Psychol. Appl.”, 1962, 12, p. 163—188.
- Cutner, M., *Analysis in later life*, „Brit. J. med. psychol.”, 1950, 75—86.
- Erikson, E. H., *Identity and the life cycle : Selected papers*, *Psycholog. Issues*, 1959, 1, p. 50—100.
- Geist, N., *The psychological aspects of the aging process*, S. Louis, W. Green, 1968.
- Goldfarb, A. I., *Psychotherapy of aged persons*, „Mental Hyg.”, 1955, 34 p. 608—621.
- Grotjan, M., *Analytic psychotherapy with the elderly*, „Psychoanal. Rev.”, 1955, 42, 419—427.
- Haiflick, L., *The limited in vitro life time of human diploid cells*, „Exp. Cell. Res.” 1965, 37, p. 614—536.
- Hoff, H., „Psychosen im Alter und Grenzen ihrer Behandlung” în : „Geriatric und Fortbildung” (Ed. Dobenauer W.), Viena, Beryland, 1960.
- Holzman, W. H., *Cross-cultural research on personality development*, „Human Development” 1965, 8, p. 65—86.
- Kallmann, F. Y., *Genetic factors in aging*, în „Psychopatology of aging” (Hoch. P. H. și Zurbir Y. eds), New York, Grune Stratton, 1961.
- Kay, D. W., Beamish, P., Roth, M., *Old age mental disorders*, „Brit. J. of Psychiat.” 1964, 110, p. 146—158.
- Lhoas, P., Müller, C., *Des malades séniles peuvent-ils quitter l'hôpital*, „Med. Hyg.” 1964, 22, 407—408.
- Martin, E., *Evolution démographique et actualité des problèmes de gérontologie*, „Schweiz. med. Wschr.” 1959, 89, 339—347.
- Müller, C., *Manuel de géronto-psychiatrie*, Paris, Masson, 1969.
- Pacaud, S., *Le vieillissement des fonctions psychologiques et psycho-physiologiques*, „C.N.R.S. Coll. Intern.”, n. 96, Paris, 1961.
- Petrilowitsch, N., *Probleme der Psychotherapie alternder Menschen*, „Bibl. Psychiat. Neurol.” 1964, 123, p. 1—108.
- Piaget, J., *Biologie et connaissance*, Paris, Gallimard, 1967.
- Robinson, D. S., et al., *Ageing, monoamine and monoaminoxidaze tevels*, „Lancet”, 1972, 77, 45, p. 290—301.
- Rosenthal, H. R., *Psychotherapie für alternder Menschen*, „Schweiz. Z. Psychol.” 1959, 68, p. 281—291.
- Schaie, K. W., Strother C. R., *The effects of time and cohort differences on the interpretation of age changes in cognitive behavior*, „Multivariate Behavioral Research”. 1968, 3, p. 259—294.
- Schindler, R., *Die psychischen Faktoren der Senilen Dekompensation*, „Wien. Z. Nervenh.”, 1953, 6, 185—205.
- Schulte, W., *Kommunikative Psychotherapie bei Störungen höheren Lebensalter*, „Z. Psychot. med. Psychol.”, 1959, 11, p. 159—173.
- Sjögren, H., Larsson, T., *The changing age-structure in Sweeden and its impact on mental structures*, „Bul. OMS”, 1959, 21, p. 569—582.
- Vischer, Al., *Das Alter als Schickral und Erfüllung*, Basel, Schwabe, 1955.
- Wendt, C. F., *Psychotherapie des höheren Alters*, „Z. ges. Neurol. Psychiat.”, 1958, 144, p. 10—25.
- Werner, H., Kaplan, B., *Symbol formation*, New York, J. Wiley, 1963.

PSIHOLOGIE ȘI SUICIDOLOGIE

1. Problematika generală actuală a fenomenului suicidar

Considerat ca „singura problemă filozofică serioasă” (A. Camus), suicidul constituie cea mai impresionantă enigmă a psihologiei și psihopatologiei, ale cărei implicații, în primul rînd medicale, sociologice și juridice, vizează ansamblul științelor antropologice. Cunoscut în întreaga istorie umană și în toate civilizațiile (L. Michaux, 1865, p. 77), suicidul își ilustrează astăzi incidența pe măsura creșterii morbidității psihiatrice, a alienării sociale și a slăbirii legăturilor interpersonale. Într-adevăr, condiții medicale și în primul rînd psihiatrice, stări psihice „de limită”, precum și cauze sociologice și economice, se înscriu actualmente cu o pondere variabilă în etiologia plurifactorială a suicidului care „apare în lume ca un fapt evasicotidian, infiltrînd literatura, teatrul, cinematografia etc.” (M. Quidu, 1964, p. 1). Desigur, suicidul este „fapt evasicotidian” pentru un anumit perimetru informațional sau pentru un anumit grup social și nu în ansamblul populațional întrucît, raportînd rata morbidității prin suicid la populația întregului glob, experții Organizației Mondiale a Sănătății au calculat că la fiecare minut și jumătate „o persoană sfîrșește prin suicid”.

Caracterul transcultural și transtemporal al fenomenului suicidar ridică întrebarea asupra unei eventuale „rate ireductibile” a suicidului printre ființele umane care, la rîndul ei, antrenează o altă interogație dilematică și anume dacă acest act fatal este „prețul civilizației sau prețul vieții?” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1781).

Cu toată complexitatea problematicei sale, suicidul se înscrie, în primul rînd în aria preocupărilor medicale, constituintă cea mai importantă condiție psihopatologică și „cea mai frecventă urgență psihiatrică” (H. I. Kaplan, R. J. Sadock, 1983, p. 704) ce pune sub semnul întrebării existența, aducînd în fața medicului perspectiva pierderii imediate a pacientului.

Întotdeauna, dar mai ales în istoria modernă a medicinei suicidul a fost considerat ca un flagel care, prin înalta sa incidență, s-a înscris printre principalele cauze de moarte; astfel, dacă în prima jumătate a secolului nostru mortalitatea prin suicid era comparată cu aceea determinată de bolile infecțioase în general și de tuberculoză în special, actualmente comparația se face cu incidența deceselor prin maladii neoplazice, coronariene, cerebro-vasculare sau prin accidente rutiere. Astfel, urmărind rangul suicidului în ansamblul cauzelor de mortalitate, îl găsim situat „pe locul patru, urmînd bolilor cardiovasculare, cancerului și accidentelor rutiere” (M. Quidu, 1970, p. 15) iar în privința „tinerilor între 15 și 19 ani, suicidul se află pe locul al doilea” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1776) primul loc aparținînd accidentelor. Se menționează de asemenea că la

bărbații tineri suicidul este pe locul al treilea „decesele prin această condiție fiind depășite numai de cele atribuite accidentelor și cancerului” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 704).

Considerat ca act autoagresiv, suicidul comportă o *definiție etimologică*, prin care semnifică „omorul de sine” (lat. *sui coedere*) dar și o *definiție operațional-psihologică* în virtutea căreia „suicidul este un act uman de încetare din viață, autoprodusă și cu intenție proprie” (E. S. Shneidman, 1980, p. 305). Considerăm însă că această definiție are în vedere numai suicidul denumit „rațional”, realizat în mod deliberat și conștient care, conform observațiilor noastre, este foarte rar întâlnit. Slaba incidență a suicidului „rațional” lasă loc suicidului pe care-l denumim *simptomatic* întrucât, în imensa majoritate a cazurilor, suicidul constituie expresia unei stări psihopatologice. Acest parametru trebuie înscris în însăși definiția suicidului, pe care-l considerăm ca actul autosuprimării existenței desfășurat într-un moment de tensiune afectivă sau de perturbare a conștiinței.

2. Semnificația și natura fenomenului suicidar

Sub unghi psihosociologic, suicidului i se acordă semnificații multiple ca aceea a curmării singurătății (întilnită în cazul separării cuplului prin părăsire, divorț sau deces), a răzbunării (ilustrată de unii adolescenți cu tulburări de comportament sau de persoane cu structură psihică dizarmonică), a neacceptării schimbării radicale a statutului social (în urma unor sancțiuni severe, pierderi materiale etc.), a suicidului ca ultimă sau unică soluție a unei situații intolerabile, sau a înlăturării dependenței (ca la bătrînii eschimoși care, spre a nu mai constitui o povară asupra familiei lor pleacă prin viscol în căutarea neantului). O altă semnificație a suicidului este aceea a „menținerii onoarei” (ilustrată prin procedeul *harakiri* întâlnit la popoarele orientale). Se consideră de asemenea că suicidul poate constitui o sursă de ușurare pentru pacienții excesiv de preocupați de teama de moarte, prin „sentimentul de control asupra morții, în sensul că ei pot hotărî cînd și cum să moară” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 706). Toate aceste semnificații ale suicidului sînt supuse analizei și explicațiilor unor doctrine filozofice, în special de sorginte existențialistă, care tind să acrediteze ideea că suicidul ar fi un „act de afirmare a propriei voințe”, „un act suprem de libertate” sau de manifestare a libertății individuale.

Considerăm că în funcție de conținutul lor, semnificațiile suicidului pot fi înscrise pe o *axă morală* la ai cărei poli întîlnim suicidul „altruist” (ce poartă marca sacrificiului de sine, realizat în virtutea unor convingeri morale ferme, a unui ideal înalt sau crez) și suicidul „egoist”, a cărui intenție și semnificație nu corespund scopurilor grupului social ci se manifestă în detrimentul acestora sau în opoziție cu ele. La această extremă se înscrie și suicidul „anomic”, descris de E. Durkheim (1897), pe care-l denumim *sociogenetic*, realizat ca urmare a pierderii *statutului*, ori a schimbării *rolului* social.

Apreciem însă că aceste semnificații sînt analizate în mod unilateral, prin prisma suicidului „reflexiv” sau „rațional”, a suicidului privit sub unghiul normalității psihice a celui în cauză. Considerăm că acest punct de vedere asupra căruia menținem serioase rezerve, a fost adoptat cu precădere de către filozofi și psihosociologi, fiind exprimat prin aser-

țiunea conform căreia „oamenii pot lua o decizie de a se sinucide, fără să-și fi ieșit din minți” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2089). În această arie a suicidului subiecților normali, în orice caz a persoanelor nonpsihotice, a suicidului apreciat ca soluție logică și unică pentru situația dată, în care incidența cea mai mare e atinsă de suicidul determinat de imperative morale, se înscriu și manifestările suicare ale unor bolnavi somatici incurabili sau cu afecțiuni invalidante.

Spre deosebire de acest punct de vedere filozofic și psihosociologic, care este atît de frecvent și amplu invocat în patogenia suicidului, pe care nu îl respingem dar îl considerăm extrem de limitat, încercăm o acreditare sau în orice caz o mai fermă argumentare a naturii psihopatologice a fenomenului, formulînd aserțiunea *suicidului ca simptom* și a *suicidului ca incident* al unei tentative suicare demonstrative.

Reafirmînd convingerea conform căreia cvasitotalitatea actelor suicare este expresia unei stări psihice particulare, de puternică perturbare, de cele mai multe ori psihotică, menționăm că acest fapt, pentru noi cert și elocvent, nu este întotdeauna evident datorită unor situații pe care le prezentăm în mod succint.

2.1. *Suicidul* poate constitui *singura manifestare clinică a unei psihoze cu evoluție infraclinică*, deci singurul simptom al unei psihoze aparent asimptomatice. În aceste condiții, persoana respectivă nu este cunoscută ca avînd o boală psihică iar suicidul, care surprinde atît de puternic grupul socio-familial, este interpretat ca „anomic”, sociogenetic, după cum poate rămîne incomprehensibil. De cele mai multe ori însă, în tendința logic-raționalistă de-a acorda o explicație unor fapte imediate și atît de apropiate, cei din jurul suicidarului supradimensionează situațiile și evenimentele psihotraumatizante din antecedentele celui în cauză, investindu-le ca motive determinante ale actului suicidar. Astfel, un suicid de sorginte psihopatologică este „explicat” (printr-un fapt circumstanțial, ca o pierdere sau frustrație de ordin familial sau profesional) și inventariat ca fiind de natură sociogenetică. O catamneză atentă a suicidului „consumat” sau o anamneză a suicidantului salvat poate reliefa însă fără dificultate existența unei afecțiuni psihotice infraclinice.

2.2. În unele psihoze și mai ales în depresiile psihotice, se constată că suicidul apare cu precădere la debutul afecțiunii, manifestîndu-se printre primele sale simptome. În felul acesta, *suicidul apare ca un simptom care prin realizare* (prin manifestarea sa reală) *a anulat o fenomenologie clinică potențială*. Deși *prim* simptom al unei boli psihice, prin conținutul și caracterul său radical și fatal, suicidul devine și *unic* simptom pe care-l putem compara cu uvertura unei simfonii nescrise.

2.3. *Suicidul* poate fi întîlnit nu numai ca act de debut al puseului psihotic, ci și ca act final al acestuia, ca o încheiere a sa ori *ca un epilog tardiv* al bolii. Așa cum am mai subliniat, referindu-ne la bolile depresive, „riscul de suicid nu scade o dată cu ameliorarea depresiei, ci dimpotrivă... se manifestă mai intens după ce pacientul a traversat episodul depresiv” (1976, p. 1112), atunci cînd grupul socio-cultural și chiar medicul, consideră pacientul ameliorat sau vindecat. Privite din afara clinicii, aceste cazuri se înscriu în cadrul suicidurilor „anomice”, sociogenetice întrucît, cu greu se poate considera că acest act final și fatal, unic prin dramatismul său, poate constitui expresia unui ansamblu simptomatic depășit, consumat, care a evoluat, pacientul respectiv fiind, în momentul suici-

dului, în mod real ameliorat. Din punct de vedere psihopatologic însă, fenomenul se explică prin faptul că pulsiunea suicidară presupune atât inițiativă cât și un anumit fundal motivațional, care nu se întâlnesc la pacientul profund psihotic ci mai degrabă la omul aparent sănătos. Tocmai de aceea, pulsiunea ca și inițiativa suicidară se manifestă cu precădere la debutul puseului psihotic, la apariția primelor simptome, când persoana prezintă încă pulsiuni și inițiative sau, în finalul puseului psihotic, atunci când în contextul ameliorării stării psihice, pulsiunile (și în plan comportamental inițiativele și acțiunile) reapar, cunosc o reînviorare, câștigând forță de manifestare.

2.4. *Suicidul poate apărea ca expresie a unei stări psihotice (depressive sau schizofrenice) care se manifestă sub aparența unei fenomenologii clinice somatice.* Este cunoscut astăzi faptul, că numeroase stări depressive evoluează sub o simptomatologie somatoformă, că există o „expresie somatică a depresiei” (G. Ionescu, 1972, p. 245) sau „o depresie mascată” (P. Kielholz, 1972) de manifestări somatice care păstrează însă în fundal același înalt potențial suicidar. Și în aceste depresii, care la o analiză psihopatologică se dovedesc a fi la fel de autentice ca și depresiile propriu-zise, simptomatice, apar numeroase acte suicidare care nu sînt însă corelate cu starea psihică și nici cu fenomenologia somatică, dealtfel nespecifică, lipsită de o fundamentare organică. Manifestarea suicidară din această condiție clinică este în mod eronat considerată ca „anomică” sau socio-genetică întrucît, analiza clinică evidențiază natura ei psihopatologică.

Toate aceste situații, pe care le considerăm elocvente, că și altele mai puțin evidente, se înscriu ca argumente ce tind să acrediteze ideea că aria suicidului „rațional” sau „moral” este mult mai redusă decît cea preconizată de studiile sociologice și de considerațiile filozofice.

În afara acestor argumente care pledează împotriva suicidului „rațional” a determinării „anomice” și în favoarea naturii sale psihopatologice, mai pot fi menționate numeroase observații și considerente. Astfel, este cunoscut faptul că în perioade excepționale, dramatice sau catastrofice incidența suicidului nu crește, ci se reduce în mod evident. De asemenea, persoane aflate în situații de boală dramatice, cu traumatisme grave mutilante sau cu afecțiuni neoplazice, nu recurg la suicid, ci își manifestă cu mai multă vigoare tendința de apărare a ființei, de menținere a existenței. Considerăm de aceea că o situație catastrofică ce survine asupra grupului social sau a insului nu mărește riscul suicidar, ci tendința de supraviețuire și depășire a acesteia.

În virtutea acestor considerente subliniem faptul că pe măsură ce studiile asupra epidemiologiei și etiologiei suicidului devin mai aprofundate, sînt mai științific elaborate și aparțin unor persoane avizate, devine tot mai pregnant acreditată ideea că suicidul are de cele mai multe ori o sorginte psihopatologică, iar studiile idiografice asupra etiologiei fenomenului suicidar vor determina o deplasare a opiniilor de la explicațiile socio-economice la cele medical-psihopatologice.

3. Asupra incidenței și prevalenței fenomenului suicidar

Spre deosebire de alte condiții clinice medicale, rata mortalității prin suicid este greu de estimat datorită factorilor de entropie epidemiologică, în rîndul cărora se înscrie, la loc de frunte, suicidul disimulat. Astfel,

datorită acreditării sociale negative, fenomenul suicidal se realizează într-un mod mascat, el fiind înregistrat deseori ca un accident, care, sub aspect etiologic rămâne nedeterminat.

Pe de altă parte, incidența suicidului cu greu poate fi estimată în mod global, printr-o evaluare asupra ansamblului populațional, știut fiind că ratele sale sînt diferite, în funcție de sex, vîrstă, statut marital și profesional etc. Astfel, suicidul este de trei ori mai frecvent la bărbați decît la femei, de două ori mai frecvent la vîrstnici decît la tineri, de două ori mai frecvent la cei care trăiesc singuri decît la cei care sînt căsătoriți, pentru că în rîndul celor care au rămas singuri, incidența suicidului să fie de patru ori mai mare la bărbați decît la femei.

Totodată, rata suicidului cunoaște valori diferite în funcție de numeroși alți *itemi*, fiind variabilă mai ales după gradul socio-cultural sau axul meridianal. Astfel, așa după cum am mai consemnat (1981, p. 649), cea mai reprezentativă anchetă efectuată de Organizația Mondială a Sănătății pe o populație de 400 milioane persoane din 25 de țări, estimează rata anuală a suicidului la 18/100 000 locuitori. Abaterile de la această medie sînt însă deosebit de mari, oscilînd între 1,8 (Irlanda) sau 3,5 (Grecia) și 24,7 (Cehoslovacia), conform datelor Biroului Regional O.M.S. pentru Europa, prezentate de E. M. Brooke (1975, p. 83). Aceleași mari diferențe de la o țară la alta sînt redată și în alte studii (J. Védinne și J. P. Soubrier, 1971, p. 4766), care estimează rata anuală a suicidului între 7,1 (Italia) 7,5 (Scoția) și 31,4 (Japonia) sau 31,9 (Danemarca). În linii generale se apreciază că „rata suicidului este cuprinsă între 25/100 000 pentru Scandinavia, Elveția, Germania Federală, Austria și Japonia și sub 10/100 000 pentru Spania, Italia și Olanda” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 704).

Spre deosebire de estimarea realizată prin analiză transversală, care exprimă acel *hic et nunc* al oricărei stări de boală, exprimat prin incidența acesteia, am realizat din diverse date, desigur disparate, un tablou al evoluției în timp a fenomenului suicidal.

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori	Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Anglia	1952	13,8	Elveția	1952	28,8
	1961	15,1		1961	23,3
	1969	15,0		1969	17,5
	1976	11,5		1983	25,0
Australia	1952	14,9	Finlanda	1952	25,8
	1961	16,6		1956	22,4
	1976	11,9		1961	29,0
				1983	25,0
Canada	1952	9,5	Franța	1952	20,3
	1961	11,11		1961	20,7
Cehoslovacia	1961	28,2		1976	15,9
	1969	24,7	R. F. Germania	1953	23,7
	1975	24,7		1961	24,1
Danemarca	1952	31,9		1969	21,2
	1956	22,5		1983	25,0
	1961	24,2	Italia	1952	6,4
	1971	31,9		1961	7,1
	1983	25,0			

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Italia	1969	5,4
	1971	7,1
	1983	10,0
Japonia	1952	31,4
	1955	25,3
	1961	24,7
	1971	31,4
	1976	20,0
	1983	25,0
Norvegia	1952	9,8
	1961	10,0
	1983	25,0
Noua Zeelandă	1952	13,5
	1961	13,0
Polonia	1955	5,7
	1961	12,8

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori
Suedia	1952	23,4
	1961	21,7
	1969	16,9
	1976	17,0
	1983	25,0
U.S.A.	1952	14,1
	1961	15,6
	1969	15,0
	1976	10,5
	1983	11,0
Ungaria	1954	17,8
	1961	33,9
	1969	38,6
	1976	24,0

Considerăm ca această analiză diacronică este utilă nu numai sub aspect euristic, ci și din punct de vedere practic, din perspectiva organizării unor măsuri de ordin profilactic. Totodată, analiza tabelului ilustrează faptul că *prevalența suicidului* este relativ constantă pentru aceeași țară, evidențiindu-se însă mari diferențe de la o țară la alta. Această constatare confirmă aserțiunea lui E. Durkheim, emisă la finele secolului trecut asupra condiției suicidare ca „funcție a culturii totale”, conform căreia, pentru fiecare grup sociocultural, suicidul cunoaște o rată relativ constantă de-a lungul unei mari perioade de timp. În același timp se ilustrează că factorii sociali, deși atât de implicați în existența oamenilor, nu influențează în mod esențial rata fenomenului suicidar care, conform opiniei noastre, este determinată mai ales de factori personali semnificativi, predominant „endogeni”, esențialmente psihopatogeni.

4. Supoziții etiologice asupra suicidului

Într-o măsură mai mare decât oricare alt fenomen al existenței, tocmai datorită caracterului său dramatic și aparent deliberat, suicidul ridică problema cauzelor care l-au favorizat sau, eventual, determinat. Deși în virtutea observațiilor efectuate considerăm că suicidarii prezintă întotdeauna o tulburare psihică evidentă, manifestă ori subclinică, inaparentă, admitem că această opinie exprimă *un punct de vedere* care nu este suficient pentru a delimita o cauză determinantă. Totodată sîntem convinși de faptul că în acest domeniu, ca dealtfel în ansamblul patologiei, supoziția etiologică este tributară unghiului sub care se analizează fenomenul, respectiv condiția patologică. Datorită acestui fapt studiile actuale avansează supoziția etiologiei plurifactoriale a suicidului, care include condițiile favorizante și situațiile conjuncturale, personale și ambientale, în care el s-a consumat. Polimorfismul acestor condiții și situații, larga lor dis-

persie, de la aspectele culturalo-economice la cele demografico-meteorologice, de la aspectele psihosociologice la cele medicale, impune o anumită sistematizare.

4.1. *Factorii socioeconomiici*. Au fost frecvent invocați în etiologia suicidului întrucât s-a remarcat creșterea procentului actelor suicidare în perioadele de criză economică, de faliment și șomaj. Fără a stabili o relație cauzală simplă între declinul economic al unei perioade și fenomenul suicidar, autorii remarcă totuși că „suicidul este corelat cu o insecuritate economică” (I. L. Dublin, 1963, p. 788). Menționăm totuși că aceasta nu permite stabilirea unei corelații între statutul economic și rata suicidului, în sensul unei incidențe suicidare mai mari la persoane cu statut economic scăzut și invers. De fapt, nu starea economică precară sporește rata suicidară, ci pierderea unui statut economic înalt sporește riscul suicidului, ceea ce confirmă aserțiunea conform căreia „trecerea de la bogăție la sărăcie mai curînd decît sărăcia ca atare este aceea care tinde să promoveze sinuciderea printre cei susceptibili” (W. Mayer-Gross și col., 1969, p. 789).

4.2. *Factorii psihosociologici*. Au fost implicați în etiologia fenomenului suicidar încă de la sfîrșitul secolului trecut, cînd E. Durkheim (1897) a demonstrat că fenomenul de suicidație se află în strînsă corelație cu situațiile care slăbesc legăturile dintre ins și grupul său social. Astfel, sentimentul lipsei de importanță, al inutilității și nonapartenenței la grup, dar mai ales conștiința nonacceptării, îndepărtării sau excluderii din grup, favorizează în mare măsură fenomenul suicidar. Ca un argument al acestei supoziții se înscrie și observația conform căreia un mare număr de sinucideri se întîlnesc printre emigranți, mai ales în perioada de acomodare, de inserare sau în cadrul eforturilor de naturalizare. Dacă dificultățile integrării sociale favorizează suicidul, situațiile care facilitează integrarea, realizează, dimpotrivă, o profilaxie a acestuia; mai mult chiar, perioade critice din istoria unui grup social (ilustrate prin situații catastrofice ca incendii, inundații, invazii, războaie), au ca efect întărirea coeziunii membrilor săi, ceea ce, în virtutea conștiinței pericolului comun și a comunității de scop și acțiune, determină o scădere a incidenței suicidului.

În virtutea acestor considerente se poate estima că pierderea sentimentului de apartenență și comuniune socială, ca și dezinvestirea principiilor de conviețuire comunitară, poate constitui o cauză principală de autoliză; dimpotrivă, constanța criteriilor de coexistență reduce incidența suicidului în sensul că acesta „variază invers proporțional cu stabilitatea și durabilitatea relațiilor sociale” (J. P. Gibbs, 1958, p. 140).

Constatăm astfel că o analiză oricît de succintă a complexului socio-relațional suicidar conduce spre confirmarea inițialei aserțiuni durkheimiene conform căreia „sinuciderea variază în mod invers proporțional cu gradul de integrare în grupul social căruia individul îi aparține” (E. Durkheim, 1897, p. 209). Aceasta permite reținerea unei idei, a cărei valoare axiomatică nu a fost desmințită ci continuu confirmată, timp de un secol, în virtutea căreia rata suicidului variază în mod invers proporțional cu forța coezivă a sistemului relațional. Aceasta este una din principalele idei din suicidologie prin care E. Durkheim a deschis, în acest domeniu, calea studiilor de sociologie, fapt care i-a permis să stabilească între altele „nucleul sintezei bio-psiho-sociale actuale asupra suicidului” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2087).

În finalul acestui paragraf se impune o precizare determinată de criticile actuale asupra teoriilor lui E. Durkheim în domeniul suicidului, formulate în special de către J. D. Douglas (1967). În esență, acestea constau în faptul că observațiile lui E. Durkheim sînt tributare datelor statistice care, prin limitele lor nu permit generalizări cu valoare de veridicitate, ignorînd în același timp factori motivaționali cu mare grad de specificitate. În ceea ce ne privește, considerăm că E. Durkheim a acordat datelor statistice virtuți etiologice prezentîndu-le ca explicativ-argumentative, suprainvestind valoarea lor care este aceea a unor elemente descriptive; astfel, ca și în cazul factorilor socio-economici (a căror deteriorare favorizează apariția manifestărilor suicidare) se consideră actualmente că nu atît valoarea statutului social, cît mai ales pierderea acestuia constituie un element predictiv-suicidar. Precizăm însă că limitele cercetărilor lui E. Durkheim predominant metodologice nu i-au influențat negativ concluziile care se dovedesc a fi actuale și veridice.

4.3. *Patternul familial, statutul marital și fenomenul suicidar.* Studiile asupra acestui domeniu confirmă aserțiunile anterioare privind importanța factorilor psihosociologici și a condițiilor socio-economice în etiologia manifestărilor autolitice. Astfel, cercetările consemnează un consens asupra faptului că rata suicidului este mai mare la cei căsătoriți fără copii decît la cei care au copii, la cei care trăiesc singuri față de cei care au o familie; cu alte cuvinte, incidența suicidului sporește la cei aflați în situații care slăbesc responsabilitatea socio-familială și siderează forța moral-volitională necesară depășirii unor perioade sau momente existențiale dificile. Acest fapt a fost în mod elocvent demonstrat printr-un studiu mai vechi efectuat de P. Sainsbury (1968) asupra statutului marital al unui grup de suicidari în cadrul căruia 40 % nu aveau familie, iar alți 40 % pierduseră prematur un părinte.

Studii recente asupra statutului marital al suicidarilor atestă faptul că rata suicidului la celibatari este dublă față de rata suicidului din populația generală, în timp ce persoanele rămase singure prezintă o rată a suicidului de patru ori mai mare decît la loturile martor. Totodată, se consemnează faptul că în rîndul persoanelor văduve riscul suicidar este de 3,8 ori mai mare la bărbați decît la femei.

Spre deosebire de studiile anterioare care nu făceau distincția între persoanele care trăiesc singure (celibatari) și cele rămase singure (văduvi) în privința ratei suicidului, cercetări noi consemnează că aceasta urmează o curbă net ascendentă de la cei cu familie la celibatari, de aici la văduvi iar în cadrul acestor categorii, de la femei la bărbați.

Cu privire la aceste constatări considerăm că se impun două precizări:

— incidența înaltă a suicidului la bărbații văduvi sau divorțați trebuie apreciată nu atît prin prisma reacției dramatice, fatale a acestora față de viața în afara unei familii proprii cît mai ales în contextul datelor epidemiologice suicidare, care prezintă valori superioare în rîndul bărbaților;

— incidența superioară a suicidului în rîndul persoanelor care trăiesc singure nu poate fi atribuită numai slăbirii suportului afectiv reprezentat de familie ci și faptului că printre aceștia se întîlnește un procent însemnat de bolnavi psihici care, în virtutea afecțiunii lor oferă o înaltă rată suicidară.

4.4. *Asupra corelației dintre rasă, religie și fenomenul suicidar.* Studiile deceniilor trecute conform cărora albi ar prezenta o rată a suicidului de două ori mai mare decât nonalbi sînt supuse actualmente unor reevaluări întrucît s-a constatat că „incidența suicidului la negri tinde spre egalizare cu aceea înregistrată în rîndul albilor” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1777).

Unor reevaluări similare trebuie supuse și studiile privind diferențele între ratele suicidului la persoane ce aparțin unor religii diferite. Cele mai multe studii asupra acestui domeniu invocau o rată mai scăzută a suicidului la catolici, față de protestanți. Analizînd conținutul dogmelor celor două religii, înțelegem că formulările anterioare asupra ratei suicidare erau a priori inteligibile, fără a constitui expresia unor studii reliabile. Tocmai de aceea, se consideră astăzi că afilierea la o anumită religie nu poate fi corelată cu incidența suicidului, ci numai gradul de integrare religioasă ar constitui un indice de corelație cu o rată mai scăzută a suicidului.

4.5. *Influența factorilor meteorologici și cosmici asupra manifestărilor suicidare.* Starea vremii, presiunea atmosferică, altitudinea și anotimpul au constituit factori de corelație cu prevalența suicidului. Precizăm însă, că cercetările respective, bazate mai ales pe observații empirice și pe loturi slab reprezentative, nu au putut oferi observații valide, înalt reliabile. Astfel, numeroase studii relevă o creștere a frecvenței actelor suicidare în perioadele cu presiune barometrică scăzută, fără a corela observațiile cu alți factori psihopatogeni, cu atît mai mult cu cît, în civilizația noastră oamenii sînt marcați mai ales de situații frustrante și psihostressante decît pe factorii meteorologici.

Cele mai multe studii indică faptul că suicidul înregistrează o ascensiune a curbei prevalenței toamna, observație ce poate fi corelată, desigur, cu scăderea presiunii atmosferice în acest anotimp, deși se ignoră că în aceeași perioadă are loc o creștere a incidenței depresiilor majore care, după cum este bine cunoscut, prezintă cel mai înalt potențial suicidar din întreaga patologie psihiatrică. Alte studii menționează însă faptul că „în timpul verii s-a constatat procentul cel mai mare de sinucideri” (Șt. Nica-Udangiu și Lidia Nica-Udangiu, 1982, p. 5; V. Predescu și col. 1983, p. 126). Totodată, în contrast cu supozițiile logice și cu observațiile empirice „momentul din an care a fost asociat cu o incidență medie ușor crescută a suicidului este primăvara” (H.L.P. Resnik, 1980, p. 2089).

Altitudinea a fost de asemenea incriminată în influențarea manifestărilor autolitice, studiile consemnînd faptul că „în general, sinuciderile sînt mai numeroase în văile fluviilor, de-a lungul coastelor și scad în regiunile muntoase, forestiere” (G. Deshaies, 1947, p. 17) observație care nu a fost însă corelată cu densitatea populației din zonele amintite.

4.6. *Gradul de urbanizare în etiologia manifestărilor suicidare.* Aceste elemente au fost corelate și deseori incriminate în favorizarea suicidului încă de la sfîrșitul secolului trecut cînd E. Durkheim postula faptul că rata suicidului este mai redusă în mediul rural decît în cel urban. Această observație este constant reluată, fiind fără echivoc menționată în cele mai multe studii, conform cărora „riscul de suicid este mai mare printre cetățeni decît în mediul rural” (F. J. Ayd, 1965, p. 131).

Considerăm însă că aserțiunea lui E. Durkheim ar trebui reevaluată pe baza unor studii reprezentative întrucât, observația sa, desigur reală, este o rezultată a acțiunii altor factori autolitici, concurenți cu urbanizarea, dar mai specifici. Aceasta întrucât urbanizarea constituie nu numai un factor de polarizare a valorilor umane, ci și al personalităților instabile și dizarmonice care oferă teren dezadaptărilor, ce sporesc la rîndul lor rata sinuciderilor. În acest context menționăm că studii efectuate în ultimul deceniu asupra unor grupuri și categorii sociale bine delimitate, consemnează o ștergere a diferențelor între ratele suicidare urbane și rurale. La această observație de ordin general, se menționează și un aspect particular conform căruia „pentru vîrstnici, rata suicidului a ajuns să fie mai mare în mediul rural decît în mediul urban” (C. F. Schmid și M. Arsdol, 1975, p. 279).

4.7. *Statutul profesional și fenomenul suicidar* au constituit factori de corelație, supuși unor cercetări sporadice. Totuși, este cristalizată opinia conform căreia rata suicidului este mult mai ridicată la cei care nu au o profesie conturată sau al căror statut profesional nu este suficient de elevat sau bine asigurat. Pe de altă parte cercetări mai noi subliniază că pierderea statutului profesional constituie un factor important de sporire a riscului suicidar.

În privința evaluării interprofesionale a ratei suicidare se constată un consens al observațiilor conform cărora, în mod aparent surprinzător, profesia de medic prezintă cea mai înaltă rată a suicidului „medicii constituind grupul cu cea mai mare proporție de suicidari, estimată la mai mult decît dublul mediei” (W. Mayer-Gross și col. 1969, p. 790). Această observație este reluată în mod constant de cercetători, care menționează că „dintre toate profesiile, medicii ca grup prezintă una din cele mai înalte rate ale suicidului, acesta fiind răspunzător pentru mai mult de 3% din numărul total al deceselor la medici” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1777). Consemnîndu-se faptul că „în mod tradițional — medicii ocupă primul loc în privința suicidului” se precizează că dintre medici, psihiatrii, oftalmologii și anesteziștii prezintă cel mai mare risc (H. I. Kaplan, B. J. Sadock 1983, p. 705), în timp ce pediatrii se află pe ultimul loc în privința riscului suicidar din ansamblul specialităților medicale. În ordinea rangului suicidar, interprofesional, medicii sînt urmați de muzicieni și de juriști. Așa cum am mai avut ocazia să consemnăm (Ionescu 1981, p. 653) expectația elocventă și continuă asupra caracterului finit al existenței, ca și perpetua confruntare cu moartea, ar putea explica rata înaltă a manifestărilor suicidare în cadrul profesiei medicale.

4.8. *Suicidul în funcție de sex.* Spre deosebire de opinia empirică în virtutea căreia suicidul ar fi mai frecvent la femei, impresie indusă de procentul ridicat al tentativelor pe care acestea îl oferă, studiile epidemiologice atestă în mod constant faptul că actele suicidare propriu-zise sînt mai frecvente la bărbați. Astfel, o revistă a literaturii privind incidența comparativă pe sexe a tentativelor de suicid indică faptul că raportul femeii bărbați este de 3/1. Mențicăm însă că acest raport nu este constant, ci variabil în funcție de vîrstă astfel, sub vîrsta de 20 ani raportul tentativelor de suicid dintre femei și bărbați este de 10/1, după care prezintă o scădere continuă, pentru ca numai în decada 41—50 ani, acest raport să ajungă la 3/1.

Dacă în linii generale se consideră că numărul tentativelor este de trei ori mai mare la femei decât la bărbați, în privința suicidului realizat raportul este inversat, el fiind de 1/3. O analiză retrospectivă asupra evoluției acestui raport indică faptul că el a înregistrat în ultimele decenii o reducere progresivă; astfel, în urmă cu trei decenii el era mai net reprezentativ pentru bărbați, fiind estimat la 4—5/1 (M. Roth, J. D. Morrissey, 1952). După aproximativ un deceniu raportul înregistrează o reducere apreciabilă, valoarea lui fiind de 3/1 (L. I. Dublin, 1963, L. Michauk, 1965). Această diferență este redată și de studii mai mari, conform cărora „bărbații comit suicidul de trei ori mai frecvent decât femeile” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2085) deși cercetări efectuate în Japonia și Israel indică o reducere a raportului la 1,4/1, fapt ce anulează aserțiunea mai veche conform căreia „suicidul este un mod de reacție masculină”. (F. J. Ayd, 1965, p. 131). În ceea ce privește incidența cea mai înaltă a suicidului în funcție de sex se apreciază că „la bărbați frecvența maximă a suicidului se întâlnește după 45 ani iar la femei după 55 ani” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2085) acest fapt evidențiind opinia unor clinicieni, „semnificația crizei de la mijlocul vieții” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 706).

În vederea obținerii unei imagini mai elocvente asupra prevalenței transculturale a suicidului în funcție de sex am ales decada 1954—1963 pentru care am găsit cele mai complete date epidemiologice, pe care le-am înscris în următorul tabel:

Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori		Țara	Perioada	Rata anuală a suicidului la 100 000 locuitori	
		B	F			B	F
Anglia	1954	18,5	9,5	Noua Zeelandă	1954	19,9	7,1
	1963	18,3	12,2		1963	18,0	9,0
Australia	1954	21,9	7,7	Scoția	1954	10,7	4,6
	1963	27,0	12,2		1963	15,2	8,1
Finlanda	1954	43,6	9,9	Suedia	1954	35,2	10,7
	1963	47,7	12,3		1963	32,0	11,6
	1954	32,0	9,4	U.S.A.	1954	22,8	5,9
	1963	32,3	10,0		1963	24,0	7,7
	1954	33,7	15,1				
	1963	33,3	16,2				

Analiza datelor privind prevalența comparativă a suicidului la cele două sexe ne oferă prilejul de a evidenția două aspecte și anume:

— dacă în anumite țări raportul amintit de 3/1 se menține, în altele (printre care menționăm Anglia, Australia, R. F. Germania, Noua Zeelandă, Scoția) el tinde să devină tot mai redus, evoluind spre o concordanță a ratei suicidului între cele două sexe;

— această scădere a raportului are loc prin creșterea constantă a incidenței suicidului la femei în timp ce, la bărbați, această creștere este slab semnificativă, înregistrând chiar o scădere, semnalată în Anglia, R. F. Germania, Noua Zeelandă, Suedia etc.

4.9. *Prevalența actelor suicidare la pacienții cu afecțiuni medico-chirurgicale.* Studiile asupra acestei probleme consemnează faptul că în antecedentele suicidarilor afecțiunile somatice au fost estimate într-o propor-

ție relativ redusă, de 20/100 000 (C. P. Seager și R. A. Flood 1965) sau de 40/100 000 (P. Sainsbury, 1967) cifre care nu depășesc în mod semnificativ rata suicidului din populația generală. Totuși, alte cercetări (T. Dorpat și col. 1968) indică faptul că 70 % din suicidari prezentau afecțiuni somatice, acute sau cronice, iar în aproximativ 40 % din cazurile de suicid consumat, boala somatică ar fi jucat un rol determinant. În același sens pledează și alte studii conform cărora „disperarea determinată de o boală incurabilă figurează ca cea mai frecventă cauză a suicidului” (P. S. Gelhot și S. S. Nathawat, 1983, p. 274). Pe de altă parte se subliniază faptul că îngrijirea medicală anterioară nu corelează pozitiv cu manifestarea suicidară întrucât „42 % dintre suicidari au beneficiat de îngrijiri medicale în proximele 6 luni dinainte de moarte” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 705).

Printre condițiile medicale care cunosc o rată suicidară superioară sînt consemnate afecțiunile asociate cu algii cronice, cu malformații și desfigurări sau cu deficiențe motorii.

Menționăm că studiile privind prevalența manifestărilor suicidare la bolnavi cu afecțiuni medicale nu fac o distincție între: antecedentele somatice ale suicidarilor și condiția somatică imediată care a influențat în mod direct actul suicidar. În virtutea unor observații și informații, desigur limitate, considerăm că:

- incidența înaltă a afecțiunilor somatice în antecedentele suicidarilor nu exprimă ipso facto o corelație pozitivă a acestor antecedente cu suicidul, deși rata cea mai înaltă a suicidului se întâlnește în cea de-a șaptea decadă a existenței, vîrstă la care cele mai multe persoane prezintă o incidență superioară a afecțiunilor somatice, acute sau cronice;

- în privința rolului determinant al unei afecțiuni somatice severe în etiologia suicidului menționăm că din datele statistice ale secțiilor de neurologie și neurochirurgie din Spit. Dr. Gh. Marinescu din ultimele două decenii nu se consemnează acte suicidare la pacienți cu boli somatice grave, profund invalidante sau cu prognostic infaust. Aceasta dovedește că o afecțiune somatică severă, cu serios risc *ad vitam* nu determină o exacerbare a pulsionilor suicidare cît mai degrabă o tendință de depășire a acesteia și de supraviețuire. Totuși cînd este vorba de afecțiuni neoplazice sau de persoane vîrstnice cu afecțiuni somatice, riscul suicidar sporește, fapt ce trebuie avut în vedere de medic practician sau de specialistul somatician.

4.10. *Asupra supoziției ereditare în manifestările suicidare.* Concepția genetică asupra manifestărilor suicidare a înregistrat în ultima vreme modificări radicale; astfel în timp ce autorii clasici (Magnan, Régis) apreciau suicidul „ca un viciu ereditar”, cercetătorii moderni, bazați desigur pe o riguroasă analiză clinică, constată dimpotrivă, că nu există probe care să ateste implicații ereditare în manifestările suicidare. Această divergență a opiniilor se datorește faptului că factorii ereditari nu determină pulsionea sau tendința suicidară, ci favorizează apariția unor afecțiuni psihice care prezintă un anumit potențial suicidar. Numai în acest context poate fi înțeleasă afirmația după care „suicidul este mai frecvent la persoane care au în familie o istorie de suicid, tentative sau suicid real” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 705). Ipoteza care preconizează natura ereditară a suicidului fiind nerealistă trebuie acordat credit aser-

țiunii conform căreia, „o ereditate psihiatrică încărcată mărește riscul de suicid” (A. Lauriers, 1963, p. 3056) fapt confirmat mai ales în cazul acelor afecțiuni psihiatrice care prezintă serioase componente genetice. Astfel, „în măsura în care depresia bipolară este determinată genetic și rata suicidului în acest grup nozografic este mai mare, relația fiind în acest mod confirmată” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2089). Nu trebuie omis însă faptul că această relație este nu numai mediată ci și „determinată” de depresie. Se înțelege că în această analiză nu trebuie înscrise situațiile în care existența unui suicid în antecedentele heredo-colaterale ale unei persoane poate constitui un element psihotraumatizant perpetuu, instituindu-se într-un factor suicidogen exogen.

5. Aserțiuni patogenetice asupra manifestărilor autolitice

Fără îndoială că primele supoziții patogenice științifice asupra suicidului aparțin psihologiei dinamice. Astfel, conform teoriei psihanalitice, suicidul ar reprezenta „ultima formă” a ostilității inconștiente, orientate asupra obiectului iubit introectat, care, este văzut și considerat în mod ambivalent. Deci suicidul ar constitui „o crimă la 180°” fapt preconizat încă de S. Freud (1917) care manifesta rezerve asupra faptului că ar putea exista un suicid în afara dorinței, „precoce reprimată”, „de a omori” pe cineva.

Principalul teoretician psihanalist al suicidului, K. Menninger, consideră că pulsuniunile ostile în suicid ar fi de trei categorii sau, mai bine spus, ar prezenta trei orientări. Astfel, în viziune psihodinamică, tripticul pulsional suicidar ar cuprinde: dorința de a ucide, dorința de a fi ucis și dorința de a muri.

Subliniind faptul că supoziția patogenică psihanalitică asupra suicidului a fost construită pe baza analizei manifestărilor autolitice ale pacienților depresivi endogeni pentru care își regăsește o serioasă confirmare, precizăm totuși că „un mare număr de pacienți suicidari nu ilustrează psihodinamica clasică asociată cu depresie, după cum, mulți pacienți depresivi nu sînt suicidari” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 706).

Tocmai datorită inconstanței confirmării a teoriei psihanalitice asupra manifestărilor suicidare G. Zilboorg (1937) a prezentat o teorie mult mai cuprinzătoare asupra patogeniei suicidului, completind dinamica pulsională suicidară cu mobiluri ale lumii externe. În plus, el avansează un punct de vedere original care, conform observațiilor noastre își găsește o deplină confirmare și anume că, alături de puternica ostilitate inconștientă, suicidarul prezintă „o neobișnuită incapacitate de a iubi pe alții”.

Aceeași insatisfacție față de caracterul unilateral al teoriei psihanalitice a suicidului este evidențiată și în studiile lui R. E. Litman (1965). Pe baza „experiențelor clinice”, el consideră că psihodinamica suicidului nu se reduce la ostilitate, numeroși alți factori fiind incluși în patogenia fenomenului. Printre aceștia, autorul include „trăsături generale ale condiției umane specifice civilizației occidentale”, ca și „mecanisme predispozante particulare” în care include anxietatea, culpabilitatea, ca și furia, disperarea, neajutorarea, etc. În același timp, R. E. Litman postulează existența unei pulsuniuni autolitice profunde și individuale care însă, în imensa majoritate a cazurilor este controlată și depășită prin „identifi-

cări sanogenetice”, „defense ale ego-ului” și „deprinderi constructive de a trăi și de a iubi”. Distrugerea acestor mecanisme interne cu virtuți profilactice poate determina apariția manifestărilor autolitice.

6. Caracteristici ale suicidului în funcție de vîrstă

Nu numai rata suicidului este diferită de la o vîrstă la alta, ci și mobilurile, semnificațiile și chiar mijloacele de realizare cunosc aspecte particulare, chiar specifice, diverselor etape cronologice.

6.1. *Suicidul la vîrsta copilăriei* cunoaște o slabă incidență mai ales în prima decadă de existență; totuși, studiile de specialitate citează cazuri de suicid începînd încă de la vîrsta de 3—4 ani deși, considerăm că acestea au un caracter involuntar și irațional. Într-adevăr, la vîrsta preșcolari-tății, copiii nu au conștiința morții, cunoștințele și concepțiile lor asupra acestui fenomen fiind parțiale și confuze. De cele mai multe ori, pentru copil moartea nu semnifică înlăturarea vieții, ci doar anularea sau negarea momentului respectiv, trăit în mod afectiv-negativ. Alteori, suicidul are o valoare ludică, realizîndu-se printr-un act imitativ sau de identificare cu o persoană investită afectiv, care a murit ori s-a sinucis. Dacă aceste elemente sînt incriminate în etiopatogenia suicidului la copilul mic, factori de ordin psihogen favorizează actul suicidar al copilului mare; astfel situații puternic psihotraumatizante sau frustrante, lipsa de sprijin afectiv ca și elemente de răzbunare pot realiza ceea ce putem numi suicid reactiv, caracteristic suicidului întîlnit la copilul mare.

Cu toate că suicidul la copil pare a avea un caracter aleator, insuficient sau formal motivat, realizării sale fiindu-i inherent elementul întîmplător, se consideră că „multă vreme a fost subestimată ideea de moarte la copil” ..., el cunoscînd angoasele și obsesiile morții încă de la vîrsta de 7—8 ani” (E. Morin, 1976, p. 39).

6.2. *Suicidul la adolescență și tinerețe* realizează un salt impresionant ca frecvență, în perioada 15—19 ani fiind de 6—7 ori mai des întîlnit decît la vîrsta copilăriei. Această creștere a incidenței își continuă curba ascendentă în tinerețe, cînd „pragul suicidar este de trei ori mai mare între 20—24 ani față de perioada cuprinsă între 15—19 ani” (F. J. Ayd, 1965, p. 131). În aceste condiții, „rata suicidului sub 18 ani este de 14,6% iar în perioada 18—30 ani de 44,2%” (P. S. Gelhot și S. S. Nathawat, 1983, p. 275), ceea ce face ca mai mult de jumătate din cazurile de suicid să se consume înaintea vîrstei de 30 de ani.

Principalele cauze ale suicidului în această perioadă constau în perturbarea echilibrului psihic prin transformările hormonale ale pubertății, dar mai ales în debutul unor psihoze și în special a schizofreniei, factori care determină creșterea spectaculară a procentului cazurilor de suicid. În aceste condiții, actul suicidar poate apare ca un prim simptom al psihozei discordante, ori ca manifestare critică impusă de conținutul halucinațiilor și delirului. Alteori, suicidul tinerilor și adolescenților are un caracter reactiv, fiind ocazionat de situații psihotraumatizante, frustrante, psihostressante, de sancțiuni nemeritate sau disproporționate, ca și de eșecuri școlare etc. Astfel, dificultățile întîmpinate în asimilarea cunoștințelor, complexe de inferioritate și culpabilitate determinate de

eșecurile școlare contribuie la creșterea suicidului printre elevi și studenți. Datorită acestor factori, rata manifestărilor suicidare la aceste grupuri de tineri este de două ori mai mare față de loturile martor, actul suicidar fiind înscris ca „a doua cauză de deces la liceeni” (M. Ross, 1970, p. 94).

Menționăm de asemenea că, spre deosebire de vîrstnici, la care actul suicidar este elaborat, relativ organizat și mai mult sau mai puțin elocvent anticipat, la tineri, suicidul este, în general, nedeliberat, impulsiv, avînd un caracter brusc, eventual imperativ.

6.3. *Suicidul la vîrsta maturității* este determinat de cele mai multe ori de o boală psihică. Astfel, dacă în adolescență și tinerețe situațiile psihotraumatizante și în general factorii exogeni jucau un rol preponderent, acum, în etiologia suicidului se înscriu mai ales factorii endogeni, psihozele, ca și manifestările psihotice ale diverselor condiții clinice, figurînd drept primă cauză de autoliză; dintre acestea, în cea de-a treia decadă de vîrstă predomină manifestările discordante, pentru că, în cea de-a patra decadă a vîrstei, în prim-planul factorilor etiologici să apară stările depressive și delirante. Tot în această perioadă, stările confuzionale, ca și tulburările senzoriale psihotice, halucinatorii, care apar pe fondul alcoolomaniei și toxicomaniilor, își aduc contribuția la sporirea ratei manifestărilor autolitice.

6.4. *Suicidul la senescență* cunoaște o ridicată amplitudine a curbei de incidență, întrucît numeroși factori, endogeni și exogeni, de ordin psihosocial, se înscriu într-o acțiune convergentă, de slăbire a forțelor sanogenetice și a elanului vital. Studiile efectuate asupra suicidului la vîrsta involuției au evidențiat faptul că punctul maxim al actelor suicidare se situează „în jurul vîrstei de 65 ani, cînd atinge un procent de 40/100 000 locuitori pentru bărbați și 20/100 000 pentru femei” (W. Mayer-Gross și col. 1969, p. 789), cunoscînd apoi o scădere, care, în jurul vîrstei de 80 ani ajunge la 10/100 000.

Spre deosebire de tineri, la care, așa cum am mai subliniat, suicidul are un caracter nedeliberat, intempestiv, fiind de cele mai multe ori reactiv, la vîrstnici actul suicidar implică anumite caracteristici de organizare și programare. Astfel, cu mult înaintea inițierii actului de autoliză, virtualul suicidar face „ordine” în treburile sale, „rezolvă” problemele insuficient clarificate și anunță, în mod deschis, ori disimulat sau aluziv, intențiile sale de suicid.

7. Asupra evoluției mijloacelor de realizare a suicidului

Din varietatea extremă a mijloacelor de autoliză, alegerea la care recurge suicidarul este determinată de numeroși factori, printre care menționăm: eficacitatea, rapiditatea, ușurința execuției, imitația, caracterul indolor al actului, spectaculozitatea, păstrarea aspectului fizic și a integrității corporale etc. Totuși, considerăm că mijlocul utilizat este, în ultimă instanță, determinat de semnificația suicidului, pe de o parte, și de starea psihică a persoanei în momentul acțiunii suicidare, pe de altă parte. Tocmai de aceea, se presupune, nu fără un anumit realism, că eficacitatea mijlocului ales ilustrează autenticitatea tentativei suicidare.

În cazul manifestărilor autolitice reiterate este cunoscut faptul că atunci cînd prima tentativă autentică a fost eşuată, pentru a doua se recurge la o modalitate mai sigură, mai directă, mai nedisimulată; de asemenea, se ştie că bărbaţii se sinucid „într-un mod mai violent decît femeile” (A. Hordern şi col. 1965, p. 9) ceea ce concordă cu procentul mai mare de tentative reuşite la aceştia. În privinţa gradului de fermitate asupra hotărîrii de suicid trebuie reţinut totuşi faptul că „nu se poate stabili *apriori* un raport între alegerea mijlocului suicidal şi autenticitatea dorinţei” (M. Quidu, 1964, p. 2).

În mod tradiţional se consideră că principalele mijloace autolitice sînt traumatice (în special defenestrare şi împuşcare), asfixice (inhalarea de gaze, submersie, strangulare) şi toxice (ingestia unor substanţe, deseori medicamentoase, în special neuroleptice). În cel mai cuprinzător studiu privind mijloacele folosite în 32 000 acte suicidare consumate, J. Hirsch (1960) prezintă procentele în care au fost folosite principalele procedee: 30 % inhalarea de gaze, 20 % strangulare, 16 % aruncare de la etaj; 13 % ingestie de substanţe toxice, 8 % împuşcare etc. Din aceste date, ca şi din numeroase alte studii se constată că în deceniile trecute peste 50 % din actele suicidare se realizau prin inhalarea de gaze şi strangulare, mijloace care au cedat treptat locul ingestiei substanţelor medicamentoase. Astfel, pe o perioadă de aproximativ un deceniu, „utilizarea barbituricelor în scop suicidal a crescut de 16 ori” (A. Hordern, 1965, p. 9) pentru ca, în prezent, ingestia substanţelor medicamentoase în doze toxice să constituie „mijlocul cel mai frecvent de suicid, fiind consemnat în 30 % din cazurile cercetate” (P. S. Gelhot, S. S. Nathawat, 1983, p. 275).

8. Problematika psihologică a fenomenului homicidar

Definit ca actul de provocare directă a morţii unei fiinţe umane de către altă fiinţă umană, homicidul nu este încă distins de crimă şi de asasinat. Într-adevăr, din definiţia amintită, în mod constant reluată în studiile de specialitate, actele homicidare nu sînt diferenţiate de crime şi asasinate. Aceasta întrucît, definind crima ca un homicid voluntar, deliberat şi utilitar (Ch. Bardenat, 1965, p. 264) şi delimitînd asasinatul prin caracterul său premeditat, nu se realizează decît extinderea exagerată a sferei noţiunii de homicid care ar include aceste două condiţii. Cu toate că în cazul actelor homicidare pot fi întîlnite atît aspecte deliberate cît şi premeditate, considerăm că distincţia dintre cele trei condiţii trebuie să comporte ca prim criteriu fondul psihic, în sensul că homicidul, deşi apare uneori ca deliberat şi premeditat, constituie expresia unei stări psihopatologice, ceea ce îl distinge de crimă şi asasinat care, fiind făptuite de persoane considerate sănătoase din perspectiva criteriilor nosografice, sînt condiţii sau speţe juridice.

Expresie a unei stări psihopatologice, actele homicidare sînt rareori *extrafamiliale* şi mai ales *intrafamiliale*, fiind orientate asupra părinţilor (paricid), respectiv asupra tatălui (patricid) sau a mamei (matricid), ori asupra fratelui (fratricid), sorei (suroricid), soţului (uxoricid) sau copilului (infanticid). În varianta sa *extrafamilială*, homicidul este deseori orientat asupra unor înalte personalităţi, bine cunoscute în plan sociocultural, situaţie în care poartă numele de magnicid.

Datînd de la constituirea primului nucleu familial, homicidul este întîlnit în mitologiile păgîne care, necunoscîndu-i cauzele, îl explicau prin „fatalitate” sau „mister”. În mod paradoxal, religia creştină a căutat să acorde homicidului o explicaţie raţionalistă, invocîndu-i drept cauze gelozia, umilirea şi frustrarea.

Etiopatogenia manifestărilor homicidare se află încă sub incertitudinea supoziţiilor, cea mai argumentată dintre acestea aparţinînd psihologiei dinamice. Într-adevăr, numeroase studii asupra homicidului şi în special cele din rîndul tinerilor şi adolescenţilor (A. Ochonisky, 1963, M. Briguet-Lamarre, 1969 şi altele) explică fenomenul din perspectivă psihodinamică, insistînd asupra „caracterului arhaic al raporturilor dintre subiect şi părinţi” şi „deficienţei principiului realităţii”. Această supoziţie patogenică nu este întotdeauna acceptată, uneori fiind respinsă cu vehemenţă „întrucît nu putem admite postulatul apriori al naturii criminale a fiinţei umane, ... acest pervers polimorf încă de la naştere, aşa cum îl vrea Freud” (M. Schachter, 1974, p. 276).

Din aceste considerente, alte studii (D. H. Russell, 1965 ; J. W. Duncan şi G. M. Duncan, 1971 ; M. Schachter, 1974) explică fenomenul homicidar dintr-o mai largă perspectivă, acordînd atenţie „condiţiilor mesologice”, conflictelor familiale şi tensiunilor psihice determinate de elemente conjuncturale. Adoptînd acest punct de vedere şi bazîndu-se pe „motivaţiile conduitei homicidare”, G. Heuyer (1969) încearcă o sistematizare a fenomenului în : omocid utilitar, de frică, prin imitaţie, prin răzbunare, din ură familială şi cu problematică sexuală.

Clinica psihiatrică înregistrează rareori acte de homicid, ceea ce atestă ideea că boala psihică *per se* nu dezvoltă pulsuni agresive şi nici nu dezvăluie un eventual potenţial criminogen. Dimpotrivă, o succintă analiză a condiţiilor homicidului acreditează faptul că acesta, în rara sa incidenţă, este de cele mai multe ori rodul întîmplării sau efectul secundar al unor simptome psihiatrice şi nu al unei tendinţe homicidare propriu-zise. Astfel, în clinica psihiatrică, homicidul poate fi întîlnit ca : — accident, determinat de un bolnav aflat într-o stare confuzo-onirică ; — expresie a unei halucinaţii auditive imperative cu conţinut homicidar sau a unei halucinaţii vizuale terifiante ; — manifestare fortuită, deseori de apărare, a unui bolnav cu delir de persecuţie ; — act delirant „altruist” ce apare pe fondul unei psihoze depresive ; — acţiune agresivă, nedeliberată, într-o psihopatie explozivă.

Sub aspectul fenomenologiei clinice homicidul se poate manifesta : — în mod impulsiv, în forma unui *raptus* ce apare concomitent cu tentativa de suicid, victima aflîndu-se întîmplător în preajma bolnavului cuprins de o stare onirică terifiantă sau halucinator-delirantă ;

— în mod deliberat, situaţie în care pe fondul unei tendinţe suicidare apare ideea de homicid orientată asupra unor persoane puternic investite afectiv şi în special erotic ; de cele mai multe ori, acestea, i se propune iniţial suicidul dual iar în cazul refuzului se recurge la homicid.

Manifestările homicidare prezintă anumite caracteristici în funcţie de aspectele clinice ale principalelor boli psihice.

În *delirurile cronice sistematizate*, victimele sînt de obicei anterior designate şi uneori anunţate prin insinuări, revendicări sau în mod elocvent, prin ameninţări, ceea ce permite organizarea unor măsuri de prevenţie ; acestea se impun cu atît mai mult cu cît intenţia homicidară vizează un magnicid, bolnavul fiind deseori un delirant persecutat-persecutor.

Psihozele discordante realizează acte homicidare mai ales în formele infanto-juvenile și în stadiile inițiale ale bolii. Ideile delirante de persecuție parentală și mai ales sentimentele de inversiune afectivă pot fi considerate ca premonitorii pentru o acțiune homicidară.

Bolile afective primare, în special depresive, pot ocaziona manifestări homicidare „altruiste” în virtutea cărora pacientul dorește să-și salveze familia și în special copiii, de la supliciile la care îi vede supuși prin prisma trăirilor sale delirante.

Homicidul în cadrul *epilepsiilor* este cel mai frecvent întâlnit și totodată cel mai controversat sub aspect psihopatologic și juridic. Aceasta cu atât mai mult cu cât traseul bioelectric din epilepsii considerat patognomonic s-a dovedit a fi uneori nerelevant și cu atât mai puțin specific, chiar în forme de epilepsie evidente din punct de vedere clinic. Cele mai frecvente cazuri de homicid se întâlnesc în cadrul stărilor de *furor epilepticus* sau, în momentele confuzo-onirice pre- și mai ales postparoxistice. În astfel de condiții, homicidul are un caracter imprevizibil și incomprehensibil, impresionând prin automatismul și brutalitatea execuției. Clinicienii au constatat că homicidul comis în cursul unei stări critice a fost premeditat și chiar anunțat în perioadele intercritice, de luciditate a conștiinței, ceea ce împieteează asupra responsabilității bolnavului. Trebuie menționat de asemenea că bolnavul epileptic, prin însăși structura personalității sale, prezintă potențializarea unor izbucniri coleroase, fapt care nu-i conferă însă iresponsabilitatea.

Stările confuzionale ce apar pe fondul *toxicomaniilor* sau al *alcoolismului cronic*, precum și în *intoxicația alcoolică idiosincratică*, pot antrena manifestări homicidare, în funcție de conținutul productivității senzoriale psihotice sau al ideății delirante.

Stările obsesive, care în mod structural ca și prin conduită sînt non-agresive, pot în mod paradoxal să prezinte acte homicidare, în momente intens emoționale. Considerăm că nici în aceste cazuri pulsionea homicidară (îndreptată deseori asupra medicului curant sau psihoterapeutului) nu trebuie asimilată cu ruminăția criminală întrucît aceasta este deliberată și utilitară în timp ce tendința homicidară (absurdă prin motivație și orientare) este nonutilitară și constant reprimată. De fapt, obsesivul se teme de propria-i pulsione homicidară pe care o consideră patologică și xenopatică, avertizînd victima sau anturajul acesteia de tendința „monstruoasă”, care îi domină conștiința.

Analiza clinică a bolnavului cu manifestări homicidare relevă faptul că acesta nu este „devorat de rea credință și mînie” (F. J. Ayd, 1965, p. 143), ci cufundat în confuzie și copleșit de manifestările halucinatorii uneori terifiante și imperative sau de conținutul negativ al ideății delirant-interpretative. Alteori, ideăția delirantă antrenează stări afective „generoase”, cu orientări „altruiste”, actul homicidar încheind destine considerate „univoc tragice”, sortite unor „chinuri veșnice”. Tocmai de aceea, bolnavul homicidar, de obicei un depresiv delirant, surprins de propria sa acțiune, nu o neagă, nu încearcă vreo disimulare, ci, dimpotrivă, recurge la autodenunțare.

8.1. *Infanticidul*, ce poate fi considerat ca o variantă a homicidului, constituie expresia elocventă a acestei conduite; el constă în uciderea propriilor copii urmată de suicid, spre a se „salva” împreună, de chinurile

la care erau condamnați. În accepțiunea sa veridică, infanticidul apare pe fondul unei psihoze depresive sau discordante a mamei, în care manifestările delirante specifice domină scena fenomenologiei clinice.

Reiterarea manifestărilor homicidare aduce în discuție problema pronosticului pacienților respectivi, care este în funcție de boala pe care aceștia o prezintă. În consecință, prognosticul lor este asemănător cu acela al pacienților nonhomicidari. Pe de altă parte, manifestarea homicidară fiind un element al bolii, eventualitatea reiterării trebuie apreciată în contextul afecțiunii respective. Astfel, în cazul unei psihoze depresive, cu ocazia unui nou puseu, sînt posibile manifestări reiterative, ceea ce impune o asistență mai promptă și o supraveghere mai atentă a acestor bolnavi. Eficacitatea acestor măsuri a permis ca numeroase paciente, cu infanticid în antecedente, să se bucure de nașterea și creșterea altor copii, fără a prezenta recrudescența ideății delirante.

8.2. *Suicidul colectiv.* Ca și în cazurile homicidului comis de bolnavi depresivi sau a infanticidului delirant, suicidul colectiv poartă marca altruismului, dar și a sugestibilității induse în mod aberant. Fără a întreprinde o incursiune în cutremurătoarea sa istorie, menționăm că în afara formelor „duale” sau „familiale”, suicidul colectiv a cunoscut proporții impresionante, determinate de influențe religioase sau socioculturale, cum au fost „epidemiile” de suicid care au avut loc în Vestul Europei după apariția lucrării „Suferințele tinărului Werther” sau în Statele Unite, după sinuciderea artistei Marilyn Monroe. Alteori, contagiunea suicidară este bazată pe anumite convingeri religioase dar și culturale, conform cărora moartea ar avea un caracter eliberator. Astfel, în Japonia, înaintea celui de-al doilea război mondial, au existat „cluburi ale sinuciderii” care își încheiau reuniunile prin sinuciderea în sală a unor „voluntari ai morții”. Tot în seria „epidemiilor” de suicid poate fi înscris și fenomenul Kami-kaze (Vînt divin) apărut în Extremul Orient sub influența religiilor sintoiste și budiste, care propovăduiau renunțarea la sine, sfidarea morții și caracterul purificator al acesteia. Ultima dramă colectivă de autoliză a avut loc în Guyana (1978) cînd 927 membri ai unei comunități socioreligioase, cetățeni ai Statelor Unite, s-au sinucis, induși de acțiuni mistico-persuasive, din care nu lipseau șantajul, privațiunea și amenințarea, exercitate de conducătorul lor, pastorul Jim Jones.

Sub unghiul psihopatologiei clinice, suicidul colectiv este inițiat de un pacient cu psihoză depresivă sau schizofrenie paranoidă care prezintă tendințe autolitice și este considerat suicidar activ. Acesta induce ideea și convingerea suicidară asupra altor persoane care prezintă o boală psihică asemănătoare, o mare sugestibilitate sau cu un anumit grad de deficiență mintală. Cei induși iau hotărîrea în grup stabilind data, dar și mijlocul suicidar care, de cele mai multe ori este psihofarmacologic.

9. Atitudinea socio-culturală față de acțiunea suicidară

Considerăm că atitudinea grupului social și a societății în general față de suicid poate fi corelată cu concepțiile privind natura actului suicidar. Desigur, aceste concepții au fost inițial religioase fiind determinate de faptul că suicidul punea, în cel mai înalt grad, problema atitudinii față de viață

și a dreptului omului față de aceasta. Astfel, în cadrul religiilor care valorizau viața, suicidul era respins și condamnat, în timp ce pentru religiile care minimalizau viața, în aspirația ardentă către o altă și eternă existență, suicidul era acceptat și uneori promovat. Această ultimă concepție a călăuzit și creștinismul pînă în secolul al VII-lea era noastră, cînd unirea puterii ecleziastice cu cea statală a dus la proscrierea suicidului, apreciat ca un act de revoltă a insului împotriva bisericii și statului. Fiecare din cele două instituții condamnau suicidul în maniera sa specifică asimilîndu-l păcatului și respectiv crimei.

Dezvoltarea monarhiilor a consolidat această opinie prin prerogative care încă din secolul al X-lea condamnau suicidul ca o sfidare nu numai a lui Dumnezeu, ci și a regelui. Precizăm însă că nu toate religiile și nici toate monarhiile au păstrat această atitudine de respingere și condamnare a manifestărilor suicidare; astfel, în unele țări orientale și mai ales în Japonia, sub influența religiilor sintoiste și budiste care propovăduiau renunțarea la sine, sfidarea morții și caracterul „purificator” al acesteia, în prima jumătate a secolului nostru, au apărut curente care propovăduiau și încurajau suicidul.

Desigur, aceste concepții nu priveau suicidul decît prin prisma responsabilității insului și nu a patologiei sale, prin prisma suicidului unor oameni considerați în afara tulburării psihice ceea ce ilustrează faptul că „religiile, deși făceau judecăți asupra suicidului nu încercau să înțeleagă natura, originile și implicațiile sale” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2085).

Filozofia a contribuit în mod esențial la scoaterea fenomenului suicidar de sub oprobiul păcatului sau crimei, ridicîndu-se împotriva concepțiilor religioase care acredita degradarea, defăimarea, persecuția și chiar exproprierea celui care avusese o tentativă de suicid sau a familiei victimei. Astfel, filozofii iluminismului și în special D. Hume, analizează fenomenul suicidar ca fapt individual, negînd implicațiile sale religioase sau juridice.

Sub raportul reglementărilor legale privind manifestările suicidare, observăm însă, pe lîngă o mare variabilitate și un anumit grad de ambiguitate. Dacă există o unanimitate în ceea ce privește sancționarea celui care induce sau ajută o acțiune suicidară în privința persoanei cu tentative suicidare nu există, sub aspect juridic, reglementări unitare. Astfel, în unele state suicidul este considerat act criminal, în altele numai ilegal, iar în cele mai multe fenomenul suicidar nu intră sub incidență juridică, fiind considerat ca o „manifestare a dreptului individual”. Mai mult, există opinii care, sub egida dreptului constituțional al insului, pun problema culpabilității juridice a celor ce împiedică o acțiune suicidară.

Desigur, astfel de atitudini, a căror tendențiozitate desfășurată în numele ideii de libertate, frizează absurdul, deși promovate de medici, se îndepărtează de dezideratele terapeutice, venind totodată în contradicție cu normele etice. Respingînd măsurile terapeutice asupra persoanei suicidare, aceste opinii nu acceptă nici intervenția medicală asupra tentativei suicidare a pacientului psihiatric, în virtutea faptului că acesta prezintă și aspecte psihice normale, care ar constitui expresia caracterului deliberat, garantul volitional și implicit constituțional al tentativei suicidare. Antimedicale, astfel de opinii sînt totodată antiumane și amurale; în plus, considerăm că ele sînt și neștiințifice, întrucît, în imensa majoritate a cazurilor, pulsionea suicidară se manifestă numai în anumite și

foarte scurte momente care nu sînt caracteristice ansamblului atitudinal, bazal, al insului. Mai mult chiar, ca dovadă a caracterului efemer al pulsiiunii suicidar este faptul că cel în cauză, împiedicat ori salvat de la actul suicidar este surprins că în momentul respectiv a fost animat de astfel de pulsiiuni autodistructive. Tocmai de aceea, în legătură cu caracterul episodic al pulsiiunii suicidar, ca și cu fenomenul suicidar în sine, „psihiatrilor sînt sfătuiți să desconsidere total pe cei care scriu cu naivitate despre drepturile persoanei de a comite suicidul, ca și cum persoana suicidară ar fi un bolnav cronic și univalent autodistructiv” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1780).

9.1. *Implicații sociofamiliale privind acțiunile suicidar.* Încheierea intempestivă deși formal-voluntară a cursului vieții unei persoane surprinde în cel mai înalt grad pe membrii grupului său sociofamilial. Surpriza lor este cu atît mai mare cu cît aceștia nu au posibilitatea sesizării elementelor psihopatologice ale personalității celui în cauză, fiind orientați în mod univoc asupra analizei eventualilor factori conjunctural situaționali. Întrucît în această arie nu se constată motive evidente, semnificative pentru a explica actul autolitic, sînt create premisele unei analize empirice a supozițiilor etiologice care, în mod treptat, sînt transfigurate și redată ca explicații pretins veridice. Caracterul exogen al supozițiilor și explicațiilor constituie totodată elementul primordial, germele apariției și dezvoltării culpabilităților. În felul acesta, deși îndeobște considerat act autoagresiv, suicidul este în același timp și un act heteroagresiv, întrucît depășește limitele propriei persoane, avînd implicații directe sau mediate asupra membrilor grupului sociofamilial.

Se apreciază că pe lângă implicațiile sociofamiliale generale, „majoritatea fenomenelor suicidar sînt evenimente diadice, ... expresie a tensiunilor între două persoane apropiate și foarte bine cunoscute reciproc” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1779). Alți cercetători (A. Toynbee, 1968) consideră că însăși moartea prezintă un aspect diadic întrucît, alături de persoana care moare, există grupul familial, marcat de pierdere și suferință care, sub aspect psihologic nu trebuie neglijat.

Uneori, caracterul diadic al fenomenului este subliniat prin scrisorile sau declarațiile suicidarului, caracterizate prin ambiguitate, explicații justificatoare sau chiar agresivitate, care pot constitui obiectul unor cercetări sau anchete judiciare. Dar nu atît prin scrisorile lăsate celor apropiați, cît mai ales prin semnificația sa, suicidul are un caracter adresativ, de comunicare, desigur simbolică, în primul rînd afectivă. Vorbînd în limbajul dragostei sau al urii, suicidarul vizează pe ceilalți, actul său dramatic fiind apreciat (sub unghiul psihologiei dinamice), ca o acută „chetă afectivă”. Din acest punct de vedere se consideră că numeroase manifestări suicidar, și în primul rînd tentativele de suicid, au scopul de a schimba atitudinea persoanelor semnificative din jurul celui în cauză.

Implicațiile sociofamiliale ale actelor suicidar comportă totodată valențe morale și juridice, întrucît „cel care comite un suicid plasează o grea povară emoțională asupra celorlalți” (H. L. P. Resnik, 1972, p. 167), iar după alte opinii „suicidul impune cel mai mare stigmat asupra celor care rămîn” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1780). Menționăm totodată faptul că uneori, aceste implicații se exercită asupra mai multor generații, existența unui suicid ridicînd semne de întrebare pentru descendenți, față de care se emit prezunții explicative, pretins evocatoare. Sub acest aspect,

componenta etică a suicidului prezintă și o valență juridică întrucât, cei apropiați, la rîndul lor, au dreptul de a nu fi culpabilizați, în legătură cu actul autolitic, fatal, al unui membru al grupului familial.

10. Aspecte ale responsabilității profesionale și juridice în fața actelor autolitice

Dacă în fața evoluției inexorabile spre exitus a unei afecțiuni somatice, medicului, constrîns de limitele științei sale, i se invocă responsabilități morale, în fața suicidului, acestea îmbracă aspecte profesionale și deseori juridice. Aceasta întrucît în condițiile actuale, problematica suicidului aduce interogații nu atît științei medicale și competenței, cît mai ales cunoașterii bolnavului și asistenței.

Investigarea fenomenologiei suicidare, ca și instituirea tuturor precauțiilor și măsurilor profilactice necesare, constituie una din cele mai înalte obligații profesionale, iar „cînd un pacient psihiatric a comis suicidul, medicul trebuie să-și analizeze propriul său rol în acest act, ... reconsiderîndu-și propria competență profesională” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2096). Cu toate că, în practica psihiatrică îndelungată suicidul este considerat ca inevitabil, se vorbește de o „regulă operantă” conform căreia „dacă un psihiatru pierde prin suicid mai mult de un pacient la doi ani, el trebuie să se consulte cu colegi mai experimentați asupra pătternului activității sale profesionale” (*ibidem*).

Sub aspectul reglementărilor juridice privind responsabilitatea civilă a cadrelor medicale, ca și al instituțiilor de sănătate referitoare la manifestările suicidare ce au avut loc în timpul spitalizării cît și după externare, diferențele sînt tot atît de mari ca și cele ce privesc responsabilitatea persoanei suicidare. Ea se extinde de la „obligația medicului de a proteja pacientul față de tendințele sale autodistructive” pînă la responsabilitatea asigurării depline a supravegherii, întrucît „suicidul datorat defectului acestei supravegheri poate fi calificat ca neglijență profesională și pedepsit de legea asupra homicidului prin imprudență” (F. J. Ayd, 1965, p. 139). Așa cum s-a mai menționat, în contrast cu acest punct de vedere larg acceptat sub aspect judiciar dar și social, în unele state se analizează „culpabilitatea persoanelor care împiedică un act suicidar și prin aceasta încalcă drepturile celui ce face tentativa” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 709).

Cu toate acestea, în majoritatea țărilor și mai ales în cadrul instituțiilor medicale, responsabilitatea civilă a personalului de îngrijire are în vedere nu numai suicidul consumat, realizat, ci se extinde și asupra invalidității pacientului salvat. Astfel, într-un studiu de urmărire privind acțiunile judiciare împotriva cadrelor medicale care au avut în tratament pacienți cu manifestări suicidare, sînt citate „13 din 39 cazuri în care acțiunea a fost intentată de victimă, pentru rănille căpătate cu ocazia tentativei” (P. Deschamps, 1983, p. 476). În astfel de situații, deși internați în spital, pacienții refuză să atribuie bolii propriile lor acte suicidare; aceasta cu atît mai mult cu cît, la data intentării acțiunii judiciare, ameliorarea lor este atît de netă, încît cele mai profunde pulsuni autolitice, odată îndepărtate, sînt considerate inautentice, străine persoanei lor.

Desigur, cele mai multe acțiuni judiciare sînt intentate de către membri ai familiei, invoîndu-se prejudiciul moral determinat de pierde-

rea victimei, ca și compensarea sprijinului financiar acordat de aceasta. Incidența acestor acțiuni judiciare este variabilă, în funcție de numeroși factori printre care informațiile juridice ale populației, contextul socio-cultural, precum și condițiile în care s-a consumat actul suicidar, fiind consemnate într-un caz din cinci (D. A. Schwartz et al., 1975) sau într-un caz din zece (S. W. Cale et al., 1980).

Familiiile care intentează acțiuni judiciare împotriva cadrelor medicale sau a personalului ce asigură asistența nu pot concepe cum, „în condițiile actuale”, instituțiile medicale, să nu poată realiza o profilaxie deplină a actelor suicidare. Totuși, pentru ca medicul să poată fi făcut responsabil de actul suicidar al pacientului său, trebuie să se dovedească faptul că tentativa acestuia era logic previzibilă și în mod obiectiv evitabilă. În această analiză se ține seama atât de natura afecțiunii, de comportamentul pacientului în spital și dinainte de spitalizare, cât și de „anumite semne perceptibile” (A. Nadeau, R. Nadeau, 1971), pentru a se putea face o evaluare obiectivă a previzibilității tentativei. Cu toate acestea, prin „autopsia psihologică” a actelor suicidare se constată că „cel puțin aparent, faptele pledează în favoarea lacunelor în supravegherea victimei sau a erorilor în aprecierea riscului suicidar” (P. Deschamps, 1983, p. 478).

11. Măsuri profilactice și programe terapeutice în manifestările autolitice

În ultimele două decenii măsurile de profilaxie a suicidului s-au concretizat în crearea unor „centre de prevenție a suicidului”, încadrate cu personal calificat, în care psihologilor și psihiatrilor le revine un rol important, unanim acceptat. Desemnate în mod semnificativ prin „numărul încrederei” (la Praga), „numărul speranței” (la Brno) etc., aceste centre recepționează orice apel telefonic al unei persoane aflate în impas, anxietate sau insecuritate. Axate pe „intervenția în criză” aceste formațiuni psihomedicale au posibilitatea de a oferi „un mijloc de ușurare a tensiunii, de înlăturare a sentimentului singurătății sau chiar o informație celui care nu știe cui să se adreseze pentru problemele sale” (R. Konecni, M. Bouhal, 1974, p. 360).

Deși se admite că prin intervențiile în situații psihologice „de limită” s-a acordat asistența necesară unui număr important de persoane cu idee și conduită suicidară, în mod concret, centrele amintite „nu fac mai mult decît să diminueze o criză acută” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 710). Totodată nu trebuie omis faptul că multe din apelurile primite nu sînt total justificate, că se solicită intervenția pentru situații și probleme minore dar supraevaluate, întrucît persoanele autentic suicidare, care solicită intervenții de salvare, „reprezintă numai 10% din totalul apelurilor telefonice” (*ibidem*). Totuși, prin intervenția acestor centre, persoanelor acut suicidare li se asigură o cît mai urgentă internare, fapt unanim apreciat ca o acțiune terapeutică „esențială”.

11.1. *Măsurile de spitalizare ale persoanelor suicidare* sînt fără echi-voc invocate și în mod unanim indicate „periculozitatea pentru sine constituind o indicație clară privind internarea involuntară în toate statele” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2093). În unitățile sanitare destinate internării acestor persoane există condiții specifice de spitalizare, menite să împiedice punerea în aplicare a intențiilor și pulsioniilor suicidare. În afara aces-

tor condiții, care constituie expresia unui ansamblu de precauții, nu trebuie omis faptul că „succesul se bazează pe activitatea asistentelor, responsabile de observarea continuă a pacienților” (*Ibidem*, p. 2094).

În cadrul spitalizării, au fost elaborate în ultimii ani *programe terapeutice* care includ măsuri de asistență relativ specifice, în funcție de riscul manifestărilor autolitice. Unii clinicieni vorbesc chiar de un „statut de risc suicidar” care, la rîndul său, poate fi crescut, moderat sau scăzut, avînd drept consecință terapeutică programe SOS₁, SOS₂ sau SOS₃ care cuprind criterii și măsuri de asistență diferențiată. Dacă în prima etapă terapeutică, scopul oricărui program este acela de a asigura pacientului o riguroasă asistență chiar printr-o continuă prezență a unui membru al echipei de îngrijire, ulterior măsurile terapeutice sînt orientate spre reducerea izolării prin creșterea stimulării sociale și inițierea reintegrării.

11.2. *Problematica predicției suicidului.* Insuficiența măsurilor de profilaxie a suicidului ca și caracterul sumar și superficial al examinării bolnavului suicidar sînt nu numai invocate, ci și ilustrate prin observații clinice și date epidemiologice. Astfel, este cunoscut faptul că peste 2/3 din bolnavii care s-au sinucis au comunicat, înainte de a recurge la realizarea actului, ideile și intențiile lor de suicid; totodată, un procent asemănător de bolnavi suicidari se aflau sub control medical, cea mai mare parte dintre aceștia fiind consultați de medic în săptămîna care a precedat suicidul, fără a se fi instituit vreo măsură profilactică. Toate aceste observații impun un examen atent și de înaltă responsabilitate profesională oricărui pacient cu ideatie suicidară, analizîndu-se valoarea semio logică și semnificația acesteia.

a) *Indicii și semnale ale intenției suicidare.* Ideea analizei indicatorilor și predictorilor suicidari are ca premisă raționamentul conform căruia „dacă comportamentul suicidar este un *proces* care se dezvoltă în individ, rezultatul acestui proces ar trebui să fie posibil de prezis” (J. Beskow, 1983, p. 58). Totodată, autorul prezintă un așa-numit „sindrom presuicidar”, ilustrat clinic prin „suferința psihică, sentimente de inferioritate și depresie, agresivitate față de scopuri, neajutorare și disperare, dorința de a trăi și de a muri în același timp, tendința de a lăsa decizia la voia destinului, îngustarea cîmpului conștiinței, ... comunicare semiconștientă a ideilor suicidare” (*ibidem*). De asemenea, în evaluarea riscului suicidar trebuie să se acorde atenție schimbării atitudinilor bolnavului, prin cunoașterea „orientărilor sale habituale, comparativ cu orientările din momentul respectiv” (E. S. Shneidman, 1976, p. 1778). În acest context, autorul consideră că pot fi depistați „indici prodromali ai suicidului” în care el include elemente ce implică un anumit grad de schimbare. De fapt, la o analiză psihologică a unei persoane ce prezintă potențialități suicidare, constatăm întotdeauna elemente elocvente de schimbare. Aceasta poate fi observată atît sub aspecte structurale cît și comportamentale, fiind ilustrată atît în privința patternurilor sexuale și alimentare, cît și a investițiilor afective, intereselor, obiceiurilor, ca și a incriminărilor auto- și heteropunitive. Aceste indicii sînt oferite de bolnav, de boală, ca și de factori din mediul persoanei suicidare, respectiv din „cîmpul suicidar”. Cu toate că „persoana suicidară este greu de identificat cu certitudine” (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1983, p. 704) trebuie menționat că în eforturile de diagnosticare a intenției suicidare s-au descris zeci de semnale, indicatori și predictorii. O analiză concretă a indicilor suicidare ar presupune însă o

reformulare și interogare a datelor etiopatogenice implicate în manifestările autolitice, ceea ce ar impune trecerea în revistă a unor categorii de predictorii clinici, ecologici, psihosociologici, demografici etc. Toate aceste date arată că opinia înalt acreditată, conform căreia suicidarii autentici disimulează cu abilitate intenția autolitică, s-a dovedit a fi în fond eronată. Larg promovată în deceniile trecute, această supoziție a servit autodizolvării și estompării responsabilității și culpabilității terapeuților față de situațiile în care indiciile și semnalele suicidare erau ignorate sau insuficient căutate.

b) *Abordarea temei suicidului în investigația clinică a pacientului.* Anamneza și examenul clinic general al unui bolnav cu potențial suicidar cere multă abilitate psihologică, punând deseori la încercare calitățile profesionale ale terapeutului. Dificultatea investigației clinico-psihologice a pacientului, ca și a evaluării riscului sporește prin faptul că cel în cauză, ajuns la concluzia necesității actului suicidar se simte în mare măsură detașat și desolidarizat de grupul social, ca și de obligațiile sale morale, sociofamiliale. În virtutea acestui fapt, dezinvestit afectiv de ambianță, pacientul refuză dialogul asupra actului suicidar cu terapeutul, îi acordă un caracter convențional și impersonal sau recurge la o disimulare a ideilor sale suicidare. Această conduită se armonizează cu aceea a unor terapeuți, de evitare sau de eludare a interogației directe a pacientului asupra manifestărilor suicidare. De fapt, în studiile de specialitate este consemnată încă prezumția conform căreia, abordarea directă a problemei suicidului, „rana deschisă” a pacientului, cu potențial autolitic, i-ar accentua acestuia preocupările și intențiile. În special medicii nonpsihiatri minimalizează ideile suicidare adoptind opinia comună conform căreia cei care vorbesc de suicid nu recurg la realizarea sa. Trebuie reținut însă faptul că această aserțiune nu corespunde realității, mulți suicidari urmărind, prin interogațiile și reflexiile lor semnificative, să sondeze opiniile anturajului asupra tentativei suicidare plănuită. Mai ales discuțiile și afirmațiile despre suicid ale unei persoane viștnice sau atinse de o afecțiune somatică incurabilă trebuie privite cu deplină seriozitate întrucît s-a constatat că de cele mai multe ori, ele sînt urmate de actul suicidar. Nici șantajul cu suicidul sau veleitatea suicidară nu pot fi minimalizate, întrucît, în aceste cazuri, deși nu este vorba de o tendință autentică, suicidul se poate produce în mod incidental, prin subaprecierea posibilităților, împrejurărilor, eficacității mijlocului suicidar etc.

În opoziție cu aceste considerente, observații și date recente demonstrează că eludarea sau scotomizarea acestei idei centrale a relației cu pacientul constituie premisa eșecului intervenției terapeutului. Aceasta cu atît mai mult cu cît, cele mai multe semnale suicidare sînt verbale, înscrise pe un amplu evantai al elocvenței, fiind cuprinse între comunicarea enunțiativă directă și afirmația impersonală dezinteresată. Cele mai multe semnale suicidare verbale sînt însă explicite, nedisimulate, apreciindu-se că „8 din 10 suicidari previn în termeni clari, în legătură cu intenția lor suicidară” (H. L. P. Resnik, 1980, p. 2089). Totodată, dialogul terapeutului cu pacientul suicidar nu trebuie axat pe coordonate filozofice sau psihologice care îndeobște nu asigură cooperarea bolnavului și nu pot convinge; dimpotrivă, terapeutul are obligația realizării unui dialog simplu, autentic, a cărui forță persuasivă va avea la bază faptul că ideile și tendințele suicidare sînt efemere, fiind expresia unei stări psihice particulare sau a unei tulburări psihice desigur trecătoare.

Bibliografie

- Achté, K., *Types of Indirect Self-destruction*, in : "Suicide Research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research" by Irjö Jahnsson Foundation. Psychiatria Fennica Supplementum, 1983, p. 41—44.
- Ayd, F. J., *Les dépressions et leur diagnostic*, P.U.F. Paris, 1965.
- Bardenat, Ch., *Homicide*, in : *Manuel alphabétique de Psychiatrie* (red. A. Porot), Paris, P.U.F., 1965, p. 264—266.
- Beskow, J., *Longitudinal and Transectional Perspectives on Suicidal Behavior. Experiences of Suicide Prevention in Sweden*, in : „Suicide Research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research”, by Irjö Jahnsson Foundation. Psychiatria Fennica Supplementum, 1983, p. 55—64.
- Briguet-Lamarre, M., *L'adolescent meurtrier*, Toulouse, Privat, 1969.
- Brooke, E. M., *Le suicide et les tentatives de suicide*, „O.M.S.”, Genève, 1975.
- Cale, S. W. et al., *A study of suicide in state mental hospitals in the New York City*, „Psychiatr. Quart.”, 1980, 52, 201—213.
- Deschamps, P., *Les suicides et les tentatives de suicide reliés à la prestation de soins médicaux*, „Revue Can. de psychiatrie”, 1983, 28, p. 475—483.
- Deshaies, G., *Psychologie du suicide*, P.U.F., Paris, 1947.
- Dorpat, T. et al., *The relationship of physical illness to suicide*, in : *Suicidal Behaviors* (H. L. P Resnik ed.), Boston, Little, Brown and Co., 1968.
- Douglas, J. D., *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press, 1967.
- Dublin, L. I., *Suicide*, New York, Ronald Press, 1963.
- Duncan, J. W., Duncan G. M., *Murder in the family; a study of some homicidal adolescents*, „Amer. J. Psychiat.” 1971, 127, p. 1498—1502.
- Durkheim, E., *Le suicide*, Paris, Felix Alcan, 1897.
- Freud, S., *Mourning and Melancholia*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. London, Hogarth Press, 1917.
- Gelhot, P. S., Nathawat, S. S., *Suicide and Family Constelation in India*, „Amer. J. Psychotherapy”, 1983, 37, 2, 273—278.
- Gibbs, J. P., *A sociological study of suicide*, „American Sociological Rewiew”, 1958, 23, 140—147.
- Heuyer, G., *La délinquance juvénile*, Paris, P.U.F., 1969.
- Hirsch, J., *Methods and fashions of suicide*, „Mental Hygiene”, 1960, 44, p. 3—11.
- Hordern, A. et al., *Depressive States. A Pharmacotherapeutic Study*, Illinois, Thomas, Springfield, 1965.
- Ionescu, G., Ionescu, T., *Epidemiologia și psihosociologia suicidului*. in : *Epidemiologia bolilor netransmisibile* (red. A. Ivan, T. Ionescu, G. Teodorovici), București, Edit. Medicală, 1981, p. 648—654.
- Ionescu, G., Neicu Valentina, *Suicidul la bolnavii depresivi*, in *Psihiatrie* (red. V. Predescu) București, Edit. Medicală, 1976, p. 1110—1113.
- Ionescu, G., *Expresia somatică a depresiunii*, „Neurologia, Psihiatria, Neurologia”. 1972, 17, 3, 245—258.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry III*, Baltimore, London, Williams Wilkins, 1983.
- Kielholz, P., *Conditions diagnostiques du traitement des dépressions*, in : *Etats dépressifs* (red. P. Kielholz), Berne, Stuttgart, Vienne, Hans Huber, 1972, p. 11—12.
- Konecinli, R., Bouhal, M., *Psihologhia v medicīne*, Praga, Avitemum Mediřinskoe Izdatelstvo, 1974.
- Lauriers, A. de., *Le risque de suicide chez les déprimés*, „La revue du praticien”, 1963, 23, 25, p. 3055—3060.
- Litman, R. E., *When patients commit suicide*, „Am. J. Psychotherapy” 1965, 19, 570.
- Mayer-Gross, W. et al., *Clinical Psychiatry*, London, Bailliere, Tindall and Cassel, 1969.
- Michaux, L., *Psychiatrie*, Flammarion, Paris, 1965.
- Morin, E., *L'homme et la mort*, Paris, Seuil, 1976.
- Nacht, S., *Instinct de mort ou instinct de vie*, „Rev. Franc. Psychanalyse”, 1956, 20, p. 405—416.
- Nadeau, A., Nadeau, R., *Traité pratique de la responsabilité civile délictuelle*, Montreal, Wilson et Lafleur, 1971.
- Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu, Lidia, *Conduita autoagresivă*. „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia”, 1982, 27, 1, p. 1—17.
- Ochonsky, A., *Le parricide*, „Psychiat. Enf.” 1963, 6, p. 411—487.
- Predescu V., și col., *Urgențe în pishiatrie*, București, Edit. Medicală, 1983.
- Quidu, M., *Séméiologie de la conduite suicidaire*, „Encyclop. Méd. Chir., Psychiatrie”, 1964, 37 140, 10.
- Quidu, M., *Le suicide. Etude clinique, perspectives preventives*, „Les éditions sociales françaises”, Paris, 1970.

- Resnik, H. L. P., *Suicide*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, vol. 2. (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock eds.), Williams-Wilkins, Baltimore, London, 1980, p. 2085—2089.
- Resnik, H. L. P., *Psychologic resynthesis : a clinical approach to survivors of a suicide*, in : *Survivors of Suicide* (Ed. A. Cain), Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1972.
- Ross, M., *College student suicide*, in : *Depressions : theories and therapies* (red. J. Masserman), New York, Grune-Stratton, 1970.
- Roth M., Morrissey, J. D., *Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age*, „J. Ment. Sci”, 1952, 98, 609, 666.
- Russell D. H., *A study of juvenile murderers*, „J. Offender Ther.”, 1965, 9, p. 55—86.
- Sainsbury, P., *Suicide in old age*, „Proc. Roy. Soc. Med.”, 1967, 54, p. 263—268.
- Schachter, M., *Tentative d'homicide et homicides perpétrés par des sujets de moins de 20 ans. Etude clinique et psychodiagnostique*, „Acta Paedopsychiatrica”, 1974, 41, 415, p. 174—187.
- Schmid, C. F., Arsdol, M. D., *Completed and Attempted Suicides : a comparative analysis*, in : „American Sociological Review”, 1975, vol. 20.
- Schwartz, D. A., Flinn, D. E., Slavson, P. F., *Suicide in the psychiatric hospital*, „Am. J. Psychiatry”, 1975, 132, 150—153.
- Seager, C. P., Flood, R. A., *Suicid in Bristol*, „Brit. J. Psychiat.”, 1965, 3, p. 719—729.
- Shneidman, E. S., *Suicide*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman et al. eds.), The Williams-Wilkins Co., Baltimore, 1976, p. 1774—1785.
- Shneidman, E. S., *Psychotherapy with suicidal patients*, in : *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy* (T. B. Karasu, L. Bellak, eds.), Brunner-Mazel, New York, 1980, p. 305—313.
- Toynbee, A., *Man's Concern with Death*, Mc Graw-Hill, New York, 1968.
- Védrinne, J., Soubrier, J. P. *Statistiques et suicide-incidences médico-légales*, „Revue du praticien”, 1971, 21, 32, p. 4763—4772.
- Zilboorg, G., *Considerations on suicide with particular reference to that of the young*, „Am.J. Ortho-psychiatry”, 1937, 15, 7.

PSIHOLOGIA ACTULUI TERAPEUTIC

1. Problematika psihologică și evoluția fenomenului placebo în medicina clinică

Remarcat cu mult înainte de a i se conferi denumirea, fenomenul placebo a făcut epocă în anumite perioade din istoria medicinei, dar, mai ales, a ocazionat apariția unor mari „vindecători” a căror faimă efemeră poate fi comparată cu aceea a însăși substanței placebo, a „medicamentului” anodin a cărui acțiune terapeutică scade de la o administrare la alta, odată cu retragerea investițiilor psihologice ale bolnavului.

Menționăm totodată faptul că fenomenul placebo a impulsionat perioada de avânt a fiecărui produs farmaceutic nou, cu acțiune farmacodinamică netă și bine delimitată, dar în fond mult mai discretă decât cea inițial scontată. Acest fapt ne permite să afirmăm că fiecare medicament păstrează în filigran un efect placebo, a cărui strălucire și durată sînt menținute de forțe psihologice mînuite de medic. Ca o ilustrare a acestei aserțiuni este faptul că numeroase medicamente pe care le-am folosit în diverse domenii ale medicinei timp de ani și decenii, la o analiză riguroasă și obiectivă nu pot evidenția, de fapt, nici o acțiune farmacodinamică efectivă, dovedindu-se că ele s-au menținut în practica terapeutică numai în virtutea efectului placebo. Dealtfel istoria fiecărei boli cunoaște remedii despre care actualmente știm că nu au avut nici o acțiune farmacodinamică proprie, ci numai un efect psihologic datorită căruia bolnavii au înregistrat ameliorări notabile și deseori durabile. Acest fapt, ce poate fi apreciat ca un experiment medical cu caracter transcultural, constituie o axiomatică ilustrare a forței psihologice care este capabilă să confere efecte terapeutice oricărei substanțe farmacologice.

1.1. *Accepțiunea noțiunii de „placebo”* cunoaște o îndelungată evoluție în cadrul căreia și-a delimitat progresiv sfera, îmbogățindu-și totodată conținutul. Datînd încă din antichitatea romană, cînd verbul „*placere*” semnifica *a face voia* unui interlocutor de obicei superior, cuvîntul primește în evul mediu o accepțiune laică în cadrul scrierilor religioase și ulterior una peiorativă a cărei semnificație negativă evoca ușurința, inautenticitatea, aparența. Polisemia termenului cunoaște o restrîngere și concretizare a conținutului odată cu folosirea în domeniul medical unde prima sa consemnare, în *Hooper's Medical Dictionary* (1811), marchează o netă și surprinzător de actuală precizare și anume, de atribut acordat oricărui medicament prescris în scopul de *a-i face plăcere bolnavului mai degrabă decât a-i fi util*. Cu toată această pertinentă precizare semantică, termenul nu a mai fost folosit în medicină pînă în anul 1945 cînd *Pepper* îl consemnează în titlul unui studiu intitulat „Notă despre placebo”.

Pentru a distinge cu mai multă obiectivitate natura fenomenului placebo și factorii care îl determină, propunem o delimitare semantică a accepțiunilor folosite în acest domeniu, ceea ce va permite totodată conținutarea unor definiții operaționale :

— *placebo* este o substanță de formă farmaceutică, fără o acțiune farmacodinamică, dar folosită în medicina clinică în scop terapeutic sau de control al eficienței terapeutice a unor produse farmaceutice ;

— *fenomenul placebo* cuprinde ansamblul modificărilor psihologice sau psihofiziologice pe care le prezintă bolnavul și într-o oarecare măsură medicul, în legătură cu utilizarea clinică a unei substanțe placebo ;

— *efectul placebo* constă în manifestările clinice care apar la un bolnav sau la o persoană sănătoasă căreia i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic.

1.2. *Istoria fenomenului placebo* precede cu mult apariția denumirii sale, iar datele istoriografice confirmă faptul că numeroși medici, utilizând substanțe anodine, au obținut succese terapeutice remarcabile.

Prima substanță folosită ca placebo a fost *aqua simplex*, acțiunea terapeutică a acesteia bazându-se exclusiv pe autoritatea și prestigiul profesional al medicului care o ipostazia ca medicament printr-o prescripție încărcată de ambiguitate și prolixitate.

Ulterior, prin creșterea nivelului sociocultural al bolnavilor, chiar și prescripțiile sofisticate puteau fi ușor descifrate și astfel dezinvestite terapeutic, fapt ce a determinat o deplasare a efectului scontat de la forma prescripției la forma „medicației” ; în felul acesta, apa a fost sterilizată și infioată, eventual colorată, pentru a putea fi administrată asemenea unui medicament propriu-zis.

De la observațiile empirice asupra efectului placebo s-a trecut la studii deliberate, științifice standardizate, care au cunoscut o mare extindere după cel de-al doilea război mondial, odată cu avântul farmacologiei. O revistă a literaturii din acest domeniu ne permite să distingem trei etape în studiul efectului placebo : etapa clinico-terapeutică ; clinico-psihologică și etapa controlului comparativ al eficacității produselor farmacologice. Fără a fi strict delimitate, aceste etape ilustrează, în succesiunea lor, atât istoria cunoașterii fenomenului placebo, cât și sistematizarea atitudinilor corpului medical față de acest fenomen.

a) *Etapa clinico-terapeutică* este caracterizată prin folosirea deliberată a substanțelor placebo în scopul ameliorării stării clinice a pacientului. Ea începe în anul 1945 odată cu lansarea în practică a antibioticelor, a căror solicitare depășea cu mult posibilitățile de fabricare. Astfel, în unele servicii de fiziologie beneficiau de streptomycină numai anumiți pacienți, în special cei a căror gravitate le putea presupune o reversibilitate a procesului infecțios, în timp ce numeroși alți pacienți primeau, din flacoane asemănătoare cu cele de streptomycină, o substanță placebo. Deși procedeul nu se baza pe o metodologie dublu-orb s-a constatat că pacienții tratați cu placebo obțineau, în prima fază, ameliorări asemănătoare cu acelea ale celor tratați cu streptomycină, și anume : reducerea temperaturii, a tusei și expectorației, concomitent cu un remarcabil câștig ponderal. Întrucât însă substanța placebo nu putea acționa etiologic, în fazele ulterioare ale evoluției bolii nu se înregistrau ameliorări decât la cei care primeau streptomycină.

Acest procedeu a fost folosit și în alte domenii medicale, precum și în psihiatrie după anul 1953, data apariției primului neuroleptic, *clorpromazina*, care, din cauza cantităților extrem de reduse, era distribuită de către o comisie medicală pacienților care aveau o indicație terapeutică majoră, ceilalți primind placebo. Deși nu deținem studii comparative bazate pe o metodologie riguroasă din această perioadă, observațiile empirice nu consemnează diferențe între bolnavii schizofreni care au primit placebo și cei care au primit clorpromazină; absența unei diferențe semnificative între cele două categorii de bolnavi se datorește desigur faptului că substanța activă era administrată în cantități extrem de reduse, pe care astăzi le apreciem ca net inferioare dozelor minime necesare. De asemenea, efectul placebo a fost folosit în psihiatrie pentru tratamentul manifestărilor funcționale, ca și al crizelor *Charcot*; injecția subcutană dar mai ales intradermică cu „A.D.” (apă distilată) era urmată în mod constant și spectacular de dispariția manifestărilor clinice pentru o anumită perioadă.

Toate aceste procedee terapeutice frecvent folosite în deceniile trecute au fost actualmente părăsite; dar dacă substanțele placebo nu mai sînt ca atare utilizate, fenomenul placebo, sub variatele sale implicații în orice act terapeutic, este constant consemnat în medicină, efectele sale, pozitive sau negative, testînd actualmente mai ales aptitudinea terapeutică a medicului.

b) În etapa clinico-psihologică observațiile asupra efectului placebo au determinat inițierea unor studii psihologice bazate pe o metodologie standard, pentru a se constata frecvența și valoarea fenomenului. În plus, se impunea un răspuns la întrebarea, dacă fenomenul placebo se manifestă numai în situația de boală, în clinică, sau și în afara acesteia. Totodată, a apărut necesitatea desprinderii caracteristicilor psihologice ale persoanelor la care apare efectul placebo, încercîndu-se astfel evidențierea naturii acestui fenomen.

Studiile au fost efectuate în special pe studenți mediciști care constituiau loturi omogene, atît sub aspectul vîrstei, al informației generale, cît și al pregătirii medicale, susceptibili deci de a relata cu un înalt grad de obiectivitate asupra fenomenologiei constatate. Într-un astfel de experiment, un grup de peste 3000 studenți au primit o cantitate infimă de glucoză odată cu instrucțiunea că este vorba de „testarea efectelor unui nou medicament”. Cu toate că substanța administrată nu avea nici o acțiune farmacodinamică, peste 1/3 din studenții testați au prezentat modificări ale stării psihice în sens pozitiv sau negativ. Astfel, 20% din studenți au raportat o stare de bună dispoziție generală, cu o funcționare fizică și intelectuală superioară, în timp ce 14% din ei au prezentat o fenomenologie clinică asteno-depresivă, ilustrată prin diminuarea forței fizice, fatigabilitate, astenie, hipoprosexie, hipomnezie, reducerea fluxului și ritmului ideativ, dispoziție depresivă etc.

Într-un alt experiment, efectuat asupra unui grup de peste 600 cadre medico-sanitare, injectarea unei fiole care conținea apă sterilizată a determinat o simptomatologie nevrotiformă, ilustrată clinic prin astenie, hipoprosexie, somnolență, congestie nazală, irascibilitate, cefalee etc. într-un procent de peste 50%.

Numeroase alte studii au confirmat experimentele de mai sus și au condus la concluzia că numai unele persoane din loturile investigate dezvoltă efectul placebo (răspund printr-o anumită fenomenologie clinică

la administrarea unei substanțe neutre din punct de vedere farmacodinamic), în timp ce altele nu evidențiază nici un efect clinic. Persoanele din prima categorie au fost numite *placebo-sensibile*, *placebo-responsive* sau *placebo-reactive* și reprezintă aproximativ 1/3 dintr-o populație dată, față de cele din a doua categorie, denumite *placebo-nonreactive*, care reprezintă 2/3 din populația generală. În multe studii de specialitate acestea au fost desemnate în mod eronat ca *placebo-negative* față de cele din prima categorie considerate *placebo-pozitive*. Precizăm în acest context că atributul de placebo-negativ se referă la persoanele care reacționează în mod nefavorabil, prin înrăutățirea stării lor în urma administrării substanței placebo. Deci persoanele sensibile, responsive la placebo, se pot împărți în două categorii: *placebo-pozitive*, care reacționează în mod favorabil, în sensul ameliorării stării fizice sau psihice, și *placebo-negative*. Pentru acestea din urmă s-a propus termenul de „nocebo” (P. Pichot, 1961, p. 37) fapt care ne permite să precizăm că numai persoanele placebo-pozitive corespund sensului strict, etimologic, al termenului de placebo.

Menționăm totodată faptul că distincția în *placebo-reactivi* (respectiv placebo reactiv-pozitivi și placebo-negativi) și *placebo-nonreactivi* nu este structural-constituțională, ci predominant conjuncturală; răspunsul sau nonrăspunsul lor, precum și calitatea acestui răspuns în pozitiv sau negativ nu depinde, așa cum consideră numeroși cercetători, de configurația psihică a persoanei respective, ci mai ales de conjunctura în care ea se află. Aceasta ar putea constitui o explicație aserțiunii conform căreia „un subiect este placebo reactiv într-o zi dar poate să nu mai fie câteva săptămâni mai târziu... și invers, un subiect care n-a reacționat la placebo într-un prim experiment poate reacționa ulterior” (P. B. Schneider, 1969, p. 232). Variabilitatea răspunsului la administrarea substanței placebo este influențată în mare măsură „de așteptarea bolnavului, aceasta fiind ea însăși determinată de atitudinea medicului și de acțiunea sa asupra pacientului” (J. Delay, P. Pichot, 1967; p. 456).

Cu toate acestea, studii clinico-psihologice efectuate asupra subiecților placebo-reactivi au evidențiat anumite diferențe în structura personalității lor. Astfel, prin aplicarea unor tehnici proiective și chestionare de personalitate (în special Rorschach și M.M.P.I.) s-a constatat că cei *placebo-negativi* se caracterizează prin introversie, rigiditate, neîncredere, scrupul excesiv și suspiciozitate, în timp ce *placebo-pozitivii* sînt caracterizați prin introversie, labilitate, sugestibilitate, conformism, aprobativitate etc.

Fără îndoială că studiile de psihologie experimentală efectuate asupra acestui domeniu au adus o anumită clarificare în privința „naturii efectului placebo” subliniind, și sub acest unghi, implicațiile psihologice ale actului terapeutic asupra răspunsului la terapie. În plus, aceste experimente au adus date concrete, care pot fi folosite drept argumente, pentru edificarea unei teorii, cu un plus de veridicitate, privind psihologia atitudinilor.

c) *Etapa controlului comparativ al eficacității produselor farmacologice* cuprinde ultimele două decenii caracterizate prin revoluția psihofarmacologică, înserisă ca una din cele mai importante realizări din domeniul terapeutic. Numeroasele substanțe psihotrope ce urmau a fi lansate în circuitul terapeutic nu puteau fi validate sub raport farmacodinamic decât dacă erau comparate cu acțiunea constatată prin administrarea paralelă, a unor substanțe inerte, inactive din punct de vedere farmacologic.

Din această perspectivă „efectul placebo sau medicația inertă este folosită în studiile despre droguri (substanțe psihotrope, *subl. ns.*) în scopul de a elimina anumite fenomene care pot influența rezultatul cercetării acestora” (J. M. Davis, J. O. Cole, 1975, p. 1922).

Menționăm cu această ocazie un fapt ignorat pînă acum în studiile de specialitate, și anume că acest deziderat al psihofarmacologiei (aspirația sa spre veridicitate și autenticitate) a fost umbrită de implicațiile nescontate ale factorului psihologic; cu alte cuvinte, eficacitatea terapeutică a unui nou produs psihofarmacologic nu poate fi în mod strict evaluată prin studiul comparativ cu al unei substanțe inerte, întrucît și aceasta realizează o anumită modificare, în virtutea efectului placebo. De aceea, efectele expectate ale unei substanțe psihotrope nu trebuie apreciate exclusiv din comparația cu substanța placebo (așa cum s-a procedat îndeobște), ci și din comparația cu un lot omogen martor care n-a primit nici un fel de tratament.

Ca o ilustrare a acestui fapt, putem invoca numeroasele experimente paralele efectuate asupra a două grupuri de persoane normale, cărora administrîndu-li-se o substanță placebo și respectiv noul psihotrop se înregistrau aceleași reacții; acestea nu erau în funcție de natura substanței active, de acțiunea sa farmacodinamică, ci de reactivitatea la placebo a persoanelor din cele două loturi. În experimente pe care le considerăm reprezentative sub acest aspect, A. Di Mascio (1969) a cercetat acțiunea antidepresivă a unei doze mari (150 mg) de *imipramină* (antideprin), comparativ cu aceea a unei substanțe inerte administrate unor persoane normale. Testînd rezultatele după o săptămînă, prin aplicarea unei *scale de depresie* și a unei *scale de anxietate*, autorul nu a putut constata nici o diferență între grupul care a primit imipramină și grupul care a primit placebo. De asemenea, în cadrul altor experimente, nu au fost înregistrate diferențe între cele trei grupe de voluntari care au primit în paralel *clordiazepoxid*, *oxazepam* și respectiv placebo. Deși aprecierea comparativă a fiecărui nou psihotrop cu placebo nu este echitabilă (întrucît și acesta din urmă determină anumite modificări clinice asupra lotului testat), controlul comparativ al eficacității farmacodinamice a fiecărui nou produs farmaceutic se efectuează în mod constant, aducînd astfel noi date nu numai asupra produsului cercetat ci și asupra efectului placebo observat.

2. Valoarea terapeutică a efectului placebo

Studii de sinteză, reunind datele a numeroși clinicieni, înregistrate pe mii de bolnavi, estimează că ameliorările consecutive administrării unei substanțe placebo cuprind aproximativ 30—33% din numărul celor investigați. Întrucît rezultatele obținute prin administrarea de placebo persoanelor normale sînt asemănătoare, considerăm că procentele amintite sînt de fapt inferioare celor reale. Această supoziție este bazată pe faptul că, spre deosebire de persoanele normale, bolnavii au în general un plus de sugestibilitate și implicit o mai mare reactivitate la placebo. Însuși procesul morbid (care antrenează atitudini regresive), ca și situația de bolnav, prin investiția sa afectivă asupra acțiunii terapeutice a medicamentului, sporesc receptivitatea pacientului la efectul placebo.

În plus, menționăm că orice procent global asupra efectului placebo prezintă un important caracter aleator determinat de numeroși factori

pe care-i vom examina ulterior. Anticipăm în acest context doar faptul că efectul placebo este diferit nu numai de la un bolnav la altul (în funcție de structura personalității sale), ci și de la o boală la alta, în funcție de natura acesteia. În legătură cu aceasta, cercetările efectuate ne-au permis constatarea conform căreia, efectul placebo vizează în mod indirect boala, el manifestându-se asupra sindromului și în special asupra simptomului.

Astfel, efectul placebo se întâlnește cu cea mai înaltă frecvență (aproximativ 80% din cazuri) în domeniul algiiilor, cefaleea, mialgiile, durerile dentare, fiind cele mai ușor reversibile. În aceste situații efectul placebo este atât de evident încât „determină aceleași rezultate ca și medicamentele; sau, particularizînd, „în tratamentul durerii beneficiul procurat de un placebo poate fi echivalent cu cel procurat de un analgezic” (P. B. Schneider, 1969, p. 234). Desigur, tratamentul dezirabil al oricărei dureri este etiologic dar, pînă la realizarea acestuia, tratamentul simptomatologic, prin placebo, este preferabil celui prin analgezice, evitîndu-se astfel posibilele efecte secundare negative ale acestora, dar mai ales eventualitatea dependenței. Beneficiază de asemenea de efectul placebo diverse manifestări psihosomatice și în special cele din domeniul aparatului cardio-vascular și digestiv. În acest sens, menționăm faptul că prin efect placebo am putut obține reducerea sau normalizarea unor constante biochimice (ca nivelul glicemic la diabetici sau al unor fracțiuni lipidice la pacienți cu arteroscleroză cerebrală) ca și ameliorarea unor indici pregnant somatici, ca nivelul tensiunii arteriale sau al hipertermiei.

2.1. *Asupra efectului placebo în principalele entități nosografice psihice.* În privința patologiei psihice procentul cel mai înalt de ameliorări prin efect placebo l-am înregistrat în domeniul manifestărilor somatiforme. Considerăm semnificativ faptul că, întrucît majoritatea acestor pacienți au primit înainte de a ajunge la specialist numeroase medicamente cărora le-au testat ineficacitatea, remediul cu cele mai înalte posibilități terapeutice a fost pentru ei placebo.

De asemenea anxietatea, depresia de natură exogenă, astenia și mai ales insomnia s-au dovedit foarte sensibile la efectul placebo. Ca și în cazul durerilor, tratamentul insomniei prin placebo este de preferat celui prin hipnotice sau în orice caz trebuie continuat după ce a fost inițiat prin hipnotice, evitîndu-se astfel efectele secundare ale acestora.

În linii generale se poate afirma că întreaga fenomenologie nevrotică se poate ameliora prin placebo, deși unii clinicieni păstrează rezerve în privința manifestărilor converșive și obsesive. Eficacitatea efectului placebo asupra fenomenologiei nevrotice a fost evidențiată cu și mai multă obiectivitate, cu ocazia testării acțiunii farmacodinamice a unor substanțe psihotrope și în special a tranchilizantelor.

În privința *nevrozei depresiv-anxioase* rezultatele obținute prin administrarea unui tranchilizant comparativ cu a unui placebo sînt diferite, în funcție de amplitudinea manifestărilor clinice. Astfel, K. Rickels și colab. (1971) constată că în stările nevrotice manifeste cu anxietate, depresie și somatizare, răspunsul la clordiazepoxid este net superior răspunsului la placebo. Dimpotrivă, la pacienții cu tulburări nevrotice moderate și ușoare, rezultatele obținute prin tranchilizante au fost egale cu celea obținute prin placebo. De asemenea, autorii amintiți au constatat că efectul placebo este egal cu al clordiazepoxidului la pacienți care nu au primit tratament anterior, ca și la cei care au primit un tratament minim. Dim-

potrivă, efectul placebo este inferior efectului tranchilizantelor (benzodiazepina) „la pacienți care au boli de lungă durată, care au primit anterior mari cantități de medicamente sau la cei care au răspuns slab la acestea” (R. W. Downing și K. Rickels, 1981, p. 1422). Ca și din alte studii, se constată deci că în privința patologiei nevrotice efectul placebo este invers proporțional cu intensitatea manifestărilor clinice, cu durata bolii și cu cantitatea de medicamente anterior primite.

În *psihozele afective*, fenomenul placebo a fost studiat într-una din cele mai vaste investigații, întreprinse de Consiliul de Cercetare Medicală al Marii Britanii, în scopul verificării clinice a eficacității tratamentului bolnavilor depresivi. Astfel, 55 de medici din 80 de spitale psihiatrice au selecționat pacienți depresivi conform unor criterii de omogenitate (ca: depresie severă, nu mai veche de 18 luni, fără o boală fizică severă etc.), supunându-i timp de 6 luni, în condiții de spitalizare, celor mai reputeate tratamente antidepressive (electroșoc, un antidepressiv triciclic, un IMAO) și placebo, administrate pe loturi comparative. Metodele de apreciere a rezultatelor au fost strict standardizate, printre acestea înscriindu-se comportamentul clinic controlat, dinamica evoluției clinice determinată prin cotarea săptămânală a principalelor 15 simptome din depresii, durata procesului depresiv etc. Dintre concluziile acestei vaste cercetări, ceea ce interesează în contextul actualei discuții este faptul că „o treime din bolnavi au prezentat o ameliorare cu placebo” (M. Sheperd, 1972, p. 157).

În *psihozele discordante* observațiile asupra efectului placebo sînt discutabile, studiile efectuate oferind chiar rezultate contradictorii. Astfel, G. L. Paul și colab. (1972) prezintă date care confirmă acțiunea favorabilă a efectului placebo, afirmînd că nu există diferențe între acesta și neuroleptice. Spre deosebire de aceste studii, care sînt apreciate ca „cele mai convingătoare dovezi” asupra acțiunii terapeutice a efectului placebo, alte cercetări prezintă rezultate opuse. Astfel, într-un studiu comparativ cu fenotiazine și placebo, întreprins de *Institutul Național de Sănătate Mintală al Statelor Unite* (J. M. Davis, J. O. Cole, 1975, p. 1922) se arată că în grupul care a primit fenotiazine, 2/3 din pacienți au înregistrat „ameliorări semnificative”, spre deosebire de grupul tratat cu placebo în care numai 1/4 din pacienți au prezentat „ameliorări moderate”; în plus, jumătate din bolnavii din grupul placebo nu au beneficiat de nici o ameliorare prezentînd o înrăutățire a stării psihice, cu apariția unor noi simptome de schizofrenie. Într-o apreciere de ansamblu asupra efectului placebo în *psihozele discordante* se conchide că „majoritatea studiilor indică faptul că antipsihoticele sînt superioare față de placebo, atît la pacienți acuti, cît și la cronici” (*ibidem*).

După cum se poate constata, efectul placebo se manifestă mai intens în domeniul nevrozelor și mai ales în rîndul celor mai puțin structurate (depresiv-anxioase și cene-stopate), fiind mai slab evidențiat în cele obsesive și fobice, precum și în nevrozele „cronice”. El este de asemenea remarcat în tratamentul psihozelor afective și în special al celor depresive, fiind mult mai slab evidențiat sau anulat în *psihozele discordante*. Constatăm astfel că efectul placebo se manifestă mai pregnant sau mai discret în funcție de unitatea personalității pacientului, fiind în directă corelație cu nevoia sa de relaționare și aspirația spre vindecare. Aceste observații impun o analiză a factorilor psihologiei susceptibili să determine apariția și evoluția efectului placebo, oferind astfel indicii privind utilizarea acestui mijloc terapeutic.

3. Factori psihologiei ai fenomenului placebo

Fără îndoială că acești factori sînt înseriși în triada bolnav-boală-medic, în mod esențial, ca și ambianța în care se desfășoară actul terapeutic, aceasta avînd un rol conjunctural.

3.1. *Bolnavul ca factor al efectului placebo.* Structura de bază a personalității bolnavului poate fi considerată ca factor primordial, ea mărind însuși gradul de receptivitate la placebo. Studii psihologice efectuate asupra pacienților tratați prin placebo au ilustrat că anumite trăsături de personalitate, printre care extraversia, sociofilia, sugestibilitatea, conformismul etc., corelează cu un înalt grad de receptivitate la placebo, în timp ce introversia, sociofobia, rigiditatea, susceptibilitatea, neîncrederea, opoziționismul etc. sînt factori care se opun apariției efectului placebo. Totodată experiența de boală a pacientului ca și rezultatul ultimelor tratamente modifică, în sens pozitiv sau negativ, răspunsul la placebo.

Într-un studiu comparativ privind *influența sexului asupra efectului placebo*, am avut posibilitatea să constatăm că femeile răspund pozitiv mai intens și într-un număr de două ori mai mare decît bărbații. Aceste rezultate se explică prin faptul că înseși trăsăturile de personalitate susceptibile de a favoriza apariția efectului placebo se întîlnesc într-o mai mare măsură la femei decît la bărbați.

Un fapt care de asemenea nu a fost abordat în literatura de specialitate este *influența vîrstei pacientului asupra răspunsului la placebo*. Deși aparent surprinzător, copiii și tinerii oferă răspunsuri foarte slabe la placebo; acest fapt pare să infirme supoziția mai sus menționată cu privire la trăsăturile de personalitate favorizante, întrucît copiii și tinerii se caracterizează îndeobște prin extraversie, sugestibilitate, labilitate afectivă etc. Totuși, studii comparative efectuate au ilustrat faptul că fără intervenția mamei ori a altei persoane care să inducă pozitiv administrarea substanței placebo, aceasta are un efect mult mai slab la copii și se întîlnește numai în 15% din cazuri, față de lotul de adulți în care a apărut într-o proporție de 72%. Considerăm că această situație se datorește faptului că la pacientul adult, relația (cu medicul) potențează medicația, efectul placebo fiind cu atît mai amplu cu cît încrederea bolnavului în capacitatea profesională a medicului este mai mare. Pentru copil, medicul este o figură autoritară dar nu o capacitate profesională, relația terapeutică fiind mediată în acest caz de către mamă; cu cît încrederea în aceasta va fi mai mare, cu atît efectul placebo va fi mai evident și invers, absența investiției afective a mamei va prejudicia apariția efectului placebo.

Spre deosebire de copii și tineri, la *vîrsta a treia*, efectul placebo cunoaște un cîmp favorabil de dezvoltare. Aceasta se datorește în primul rînd faptului că pacientul vîrstnic, indiferent de afecțiune (exceptînd numai psihoza depresivă), vădește o preocupare deosebită față de starea sănătății sale; ca atare, el respectă (de cele mai multe ori cu strictețe) recomandările medicului, solicită medicația pe care o investește cu toată puterea dorinței sale de vindecare; ea este atît de mare, încît anulează experiențe terapeutice negative anterioare, fenomenul placebo fiind cu atît mai marcat, cu cît efectul favorabil este mai intens expectat.

Indiferent de vîrstă și de investiția afectivă a relației cu medicul sau a medicației, efectul placebo cunoaște o diminuare, cu fiecare nouă administrare. Substanța placebo se comportă deci ca un „drog tahifilactic”, înregistrînd „o diminuare progresivă a eficacității, odată cu repetarea

administrărilor" (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 454). Această „tahifilaxie” pe care o denumim *fatigabilitate terapeutică* se desfășoară într-o manieră progresiv-accelerată întrucât, dacă la prima administrare a unei substanțe placebo efectul este prezent în 55 % din cazuri, la a doua administrare el scade la 40 %, pentru ca la cea de-a treia să fie întâlnit numai în 15 % din cazuri. Datorită acestui fapt se preconizează ca efectul placebo să fie „întărit intermitent de un tratament farmacologic activ” (C. Bloch, P. Sivadon, 1973, p. 22), recomandându-se totodată o „întărire condiționată, verbală sau nonverbală, care trebuie folosită la maximum de către medic” (M. S. Lebedinski, V. N. Miasiscev, 1966, p. 292).

3.2. *Boala ca factor al efectului placebo.* Întrucât nu acționează etiopatogenic, ci numai simptomatologic și eventual sindromologic, fenomenul placebo influențează boala în mod indirect, prin implicațiile asupra manifestărilor sale clinice. Tocmai de aceea în afecțiuni cu un grad mai înalt de subiectivitate substanțele placebo obțin mai bune rezultate, în timp ce afecțiunile cu o mai netă organicitate se dovedesc a fi mai rezistente. De asemenea, afecțiunile mai net psihosomatice sînt mai sensibile la efectul placebo, fapt datorat desigur configurației psihice particulare a acestor pacienți; este de presupus că structurile psihice care au dezvoltat boala în urma influenței negative a unor factori psihologici, să reacționeze favorabil și în eventualitatea tratamentului prin placebo.

Vechimea bolii ca și istoria ei terapeutică influențează de asemenea efectul placebo; astfel, cu cît o boală este mai recentă, are o evoluție mai scurtă, cu atît este mai sensibilă la placebo; dimpotrivă, evoluția trenantă ca și indiciile de cronicizare au o corelație negativă cu efectul placebo. În privința bolilor psihice care evoluează în pusee, am putut constata că efectul placebo scade progresiv nu numai de la o administrare la alta, ci și de la un puseu la altul, ilustrînd o fatigabilitate terapeutică, specifică dealtfel și substanțelor neuroleptice.

3.3. *Terapeutul ca factor al efectului placebo.* Faptul că efectul terapeutic al unui medicament depinde de încrederea bolnavului în acest medicament are o valoare axiomatică. Dacă această încredere este uneori „mai valoroasă decît acțiunea medicamentului” (V. M. Banskikov și colab 1967, p. 174), nu trebuie omis că efectul terapeutic depinde în același timp și de încrederea medicului în eficacitatea medicamentului, fapt simțit și chiar intuit de bolnav cu o acuitate surprinzătoare. Această încredere a pacientului exprimată lapidar în aforismul conform căruia „un medic bun oferă remedii bune” a orientat atenția cercetătorilor asupra atitudinii medicului față de medicamentele prescrise, precum și asupra manierei prescrierii lor.

Pornind de la faptul că „pacientul are încredere în acțiunea remediu-lui în măsura în care percepe că medicul însuși are încredere în acel remediu (C. Bloch, P. Sivadon, 1973, p. 20), psihologia medicală caută să relie-feze factorii care condiționează această încredere, și anume: siguranța prescrierii, fermitatea recomandărilor, anularea ezitărilor etc.

Pe de altă parte, se consideră că medicul nu se poate elibera de acest complex de factori subiectivi care influențează acțiunea medicamentului perturbîndu-i efectul farmacodinamic. De aceea, în studiul eficacității terapeutice a medicamentelor s-a recurs nu numai la procedeul *simplu-orb*, (în care pacientul nu știe despre ce substanță este vorba), ci și la cel denumit

dublu-orb, în care nici unul din cei doi protagoniști ai actului terapeutic nu cunoaște natura medicamentului. În experimentele *double blind* sau *épreuves doublement aveugles* medicul știe însă de cele mai multe ori că una din cele două substanțe pe care le administrează este placebo, deși nu știe care dintre ele, codul fiind deținut de o a treia persoană care, de obicei, organizează cercetarea. Pentru a înlătura însă orice urmă de îndoială asupra neutralității atitudinii medicului în timpul prescrierii și administrării, s-a recurs și la procedeul *triplu orb*, în care substanța activă și placebo sînt înminate de către experimentator, care le cunoaște, unui intermediar care nu le cunoaște și care le predă la rîndul său medicului care le administrează. Acest procedeu este cu atît mai important în testarea acțiunii autentice farmacodinamice a unui medicament, cu cît „cel care observă sau apreciază pe cel care primește medicația poate fi el însuși influențat de propria sa predicție sau sugestibilitate” (C. T. Prout și colab., 1961, p. 120).

Toate aceste procedee, necesare cercetării și evaluării eficacității unui medicament, au rolul de a distinge cu cît mai mare fidelitate acțiunile sale specifice și de a le delimita, cu cît mai multă rigoare, de influențele subiective ca și de orice „efecte parazite”, prin care „înțelegem oricare alte efecte, în afara celor strict și invariabil determinate de proprietățile substanței farmacologice active” (T. Ciurez, 1968, p. 69). Așa cum se subliniază, izolarea acestor efecte nu însemnează anularea lor, acțiune care nu este posibilă și nici dezirabilă, ci doar „o modalitate clinică ce permite studiul științific al efectelor proprii substanțelor farmacologice active” (*ibidem*, p. 70).

Dar nu numai atitudinea medicului în cursul administrării medicamentului și a relației terapeutice ci și *personalitatea* sa are o importanță deosebită în dezvoltarea efectului placebo, ca și în acțiunea terapeutică propriu-zisă a unei substanțe active. În această privință, trebuie subliniat că „deși faptul este indiscutabil și simpla observație a rezultatelor obținute de unii vindecători îl ilustrează cu evidență, noi ignorăm în prezent caracteristicile personalității, care sînt asociate cu o eficiență particulară în acest domeniu” (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 455). Aceasta explică faptul că deși în multe specialități medicale medicii au posibilități terapeutice egale sau asemănătoare, rezultatele lor sînt diferite, iar uneori înregistrează diferențe surprinzătoare. Fără îndoială că personalitatea medicului (în a cărei configurație pregătirea profesională se înscrie printre trăsăturile esențiale) constituie un factor primordial al relației terapeutice, care este cheia de boltă a psihologiei clinice.

3.4. *Calitatea relației terapeutice și efectul placebo.* Problematika fenomenului placebo se desfășoară între medic și bolnav, cei doi poli ai relației terapeutice. O slabă, inadecvată sau inautentică relație între medic și bolnav diminuează efectul placebo, iar uneori îl devalorizează sub aspect terapeutic, transformîndu-l în *nocebo*. Dimpotrivă, o relație adecvată, modelată de dinamica factorilor care o condiționează, constituie chezașia unor rezultate terapeutice superioare. Dealtfel, în această situație nu este vorba numai de efectul placebo *stricto sensu*, ci de fundalul placebo al oricărui act terapeutic. Numai în acest context se poate înțelege de ce fenomenul placebo este un aspect particular al relației terapeutice. Există observații clinice care ilustrează că „o relație terapeutică mai intensă poate să estompeze diferențele între răspunsurile la o substanță activă și

răspunsul la placebo” (R. W. Downing, K. Rickels, 1981, p. 1424). Dealtfel, experimente mai vechi (E. H. Uhlenhuth și colab., 1966, K. Rickels, R. B. Cattell, 1969) au relevat că medicii cu atitudine pozitivă față de tratamentul psihofarmacologic au obținut efecte placebo mai mari (comparativ cu efectul tranchilizantelor) decât medicii care au avut o atitudine neutră față de medicația psihotropă. Acest fapt confirmă, din perspectiva fenomenului placebo, că în orice terapie contează „nu numai fiola sau cașeta ci și maniera în care le prescrie medicul, de fapt ansamblul atmosferei în care medicamentul este dat și luat” (M. Balint, 1966, p. 9). Din acest punct de vedere, se poate vorbi de factorii conjuncturali ai efectului placebo, printre care putem înscrie forma farmaceutică a medicamentului și spitalul în care este efectuat tratamentul.

3.5. *Forma farmaceutică a medicamentului și efectul placebo.* Analiza psihologiei bolnavului, a personalității și conduitei medicului, precum și a relației dintre aceștia evidențiază faptul că „efectul placebo reprezintă rezultanta contactului medic-medicament-pacient și în acest context el constă în efectul terapeutic legat de ceea ce i se sugerează bolnavului despre medicament; în esență, el ar reprezenta deci efectul simbolic al acestuia” (V. Predescu, 1968, p. 33). Tocmai de aceea, forma sub care se prezintă substanța investită cu acțiuni terapeutice influențează în mare măsură apariția și amploarea efectului placebo. Cu toate că nu au fost efectuate studii asupra formei de prezentare a produsului și efectul placebo, observația clinică ilustrează că formele cu administrare *parenterală* dezvoltă un efect mai amplu decât cele cu administrare *perorală*; de asemenea, produsele cu administrare intravenoasă, sînt mai eficace sub aspect placebo decât cele cu administrare intramusculară. Se apreciază, de asemenea, că placebo administrat sub formă de gelule este mai eficace decât sub formă de soluție, iar aceasta are un efect mai mare decât sub formă de tablete. S-a constatat totodată că produsele placebo colorate sînt mai eficace decât cele albe, după cum substanțele placebo sapide, eventual amare, au un efect mai mare decât cele nonsapide. Se poate consemna, într-adevăr că modul și calea de administrare ca și forma de prezentare a substanței neutre contribuie în mod semnificativ la obținerea efectului placebo și că, în cazul substanțelor active, forma farmaceutică potențează efectul specific, prin intermediul fenomenului placebo.

3.6. *Spitalul ca placebo.* Dacă forma farmaceutică sub care se prezintă substanța inertă permite să se vorbească de „placebo ca factor al efectului placebo” (J. Delay, P. Pichot, 1967, p. 454), mediul, instituția medicală în care se desfășoară tratamentul contribuie, de asemenea, la dezvoltarea fenomenului placebo. Prestigiul științific al unității medicale, dotarea acesteia cu mijloace investigatorii, pregătirea profesională și uneori faima anumitor personalități medicale care ilustrează instituția respectivă, sporesc amploarea efectului placebo. Acest fapt se constată atît în privința efectului placebo *stricto-sensu*, cît și în ceea ce putem denumi *coeficient placebo*, prin care înțelegem diferența de răspuns al unor pacienți tratați cu aceleași medicamente în unități sanitare diferite. Mai ales pacienți cu o simptomatologie somatoformă sau cu unele manifestări funcționale au beneficiat de vindecări sau ameliorări în urma internării la Spitalul Dr. Gh. Marinescu, deși tratamentul efectuat anterior (în secții de psihiatrie județene) nu era cu nimic inferior sub aspectul oportunității medicației sau orientării posologiei.

4. Asupra mecanismelor patogenetice ale fenomenului placebo

4.1. *Mecanismele condiționării* sînt cel mai frecvent invocate cu toate că ele nu au fost analizate din punctul de vedere al efectului placebo. Nu este însă mai puțin adevărat că argumentul condiționării a putut fi demonstrat, citîndu-se cazul pacienților cu fistulă gastrică ce reacționau prin manifestări neurovegetative (hiperemie, hipersecreție, hiperhidroză, accelerarea tranzitului etc.), după o prealabilă condiționare, la administrarea unei substanțe inerte. Precizăm însă faptul că astfel de observații vin să confirme veridicitatea fenomenului condiționării, fără a putea explica însă natura fenomenului placebo. În plus, observațiile citate ilustrează condiționarea unei reacții de aversiune la diverse substanțe (apomorfina, prostigmină etc.), obținîndu-se astfel un efect *nocebo*.

Este adevărat că asemenea reflexelor condiționate, efectul placebo cunoaște *fenomenul de stingere*, de diminuare progresivă și dispariție a efectului condiționat prin anularea întăririi (condiționării). Spre deosebire însă de condiționare, în care efectul (respectiv reflexul) apare în urma unui număr de asocieri în timp, între un excitant necondiționat și răspuns, fenomenul placebo nu implică nici o asociere, nici o administrare anterioară. Dimpotrivă, nici asocieri anterioare întîmplătoare nu pot fi incriminate în dinamica fenomenului placebo, întrucît, așa cum s-a observat, efectul placebo apare mai ales la pacienți care n-au beneficiat anterior de vreun tratament farmacologic.

4.2. *Sugestia exercitată de medic*, precum și de ambianța în care se desfășoară actul terapeutic poate constitui o supoziție în explicarea efectului placebo. Într-adevăr, dacă ținem seama și de celălalt pol al relației terapeutice, pacientul, ne putem explica de ce numai unii dintre pacienți sînt sensibili la placebo, și anume aceia care prezintă un grad mai mare de sugestibilitate. Un alt argument al implicării mecanismelor sugestive în apariția efectului placebo îl constituie faptul că acesta apare mai ales în afecțiuni și stări caracterizate printr-un înalt grad de sugestibilitate, fiind mai vag conturat în afecțiunile în care elementul sugestiv este mai slab reprezentat.

Studiul fenomenului placebo ilustrează și din acest punct de vedere cît de puternic este implicat elementul psihologic în oricare act terapeutic. În plus, fenomenul placebo a evidențiat, cu forța și rigoarea experimentului științific, condiționarea multifactorială a rezultatelor terapeutice, reliefind în primul rînd rolul terapeutului care poate determina, spori, diminua sau chiar anula efectul farmacodinamic. Acest fapt este cu atît mai important în domeniul psihofarmacologiei, unde „psihiatrul, farmacologul și psihologul se întîlnesc la ora bilanțului, cînd, inventariind rezultatele unei metode terapeutice, sînt obligați de precizia statistică și aproximația subiectivă să se pronunțe cui se datorește ameliorarea, înrăutățirea sau mai general spus schimbarea observată: personalității bolnavului, specificului bolii, însușirii medicamentului sau influenței medicului” (Aurelia Sirbu, M. Birt, 1972, p. 454). Acest studiu, permite clinicianului o imagine asupra contribuției fiecărui factor, reliefind în special aspecte subiective ale tratamentului, deseori ignorate sau insuficient valorificate în procesul terapeutic.

5. Factori nespecifici ai agenților psihofarmacologiei

Complementare acțiunilor farmacodinamice, efectele nespecifice ale substanțelor psihofarmacologice ridică problema efectelor psihologice care însoțesc toate acțiunile terapeutice. În această analiză nu este vorba de specificitatea nosografică a medicamentelor folosite în clinică, ci de orice altă influență care interferează, potențînd sau diminuînd acțiunea farmacodinamică. Cu alte cuvinte, ansamblul factorilor nonfarmacologici ce influențează în sens pozitiv-cumulativ sau negativ-diminuativ efectul farmacodinamic al unei substanțe medicamentoase se înscriu în cadrul acțiunilor nespecifice.

Conform opiniilor unor clinicieni, aceste influențe parafarmacodinamice sînt factori ai fenomenului placebo care, într-o măsură variabilă, este prezent în condițiile administrării oricărui medicament. Acest punct de vedere este în mare măsură plauzibil și în același timp verificabil întrucît efectul placebo nu se limitează doar la acțiunea unei substanțe farmacologic-neutre, ci cuprinde și diferența dintre acțiunea expectată și cea realizată de un anumit medicament. Această diferență, extrem de variabilă, este determinată de ansamblul factorilor conjuncturali și personali care acompaniază orice prescriere și administrare medicamentoasă.

În afara acestei distincții privind specificitatea farmacodinamică, se impune însă o nouă precizare, și anume: în terapia psihiatrică orice substanță psihotropă are o acțiune specifică (pregnant farmacodinamică) asupra bios-ului, dar și o acțiune asupra psihicului, dependentă de relația terapeutică. La rîndul ei, „acțiunea neurofiziologică, independentă de sistemul relațional”... deci „acțiunea farmacologică proprie” poate „să fie dominată sau blocată de un anumit tip de relație” (J. Guyotat, 1975, p. 229).

Printre factorii nespecifici susceptibili de a influența acțiunea farmacodinamică a unei substanțe psihotrope un rol important îl joacă *situația* în care aceasta este administrată. Factorul „situație” explică diferențele înregistrate între efectele aceleiași substanțe, administrate în aceeași doză, aceluiasi pacient la anumite intervale de timp. Studiile asupra acestei probleme fac distincția între *situația propriu-zisă* sau *exterioară* (care cuprinde condițiile în care se administrează medicamentul) și *situația interioară* (în care sînt incluse motivația pentru tratament, expectația asupra eficacității medicamentului, dorința de vindecare etc. S-a constatat că *factorul situație* poate influența efectul farmacodinamic al medicamentului nu numai în sensul diminuării sau potențării ci și al inversării lui. Astfel, W. Janke și G. Debus (1968) demonstrează că administrarea neurolepticelor sau a tranchilizantelor, unor persoane supuse efortului intelectual, în loc să scadă labilitatea emoțională și manifestările neurovegetative (conform acțiunii farmacodinamice expectate), determină creșterea acestor manifestări. De asemenea, se constată că administrarea de sedative unor persoane aflate într-o situație agreabilă determină o comutare a stării afective spre aria polarității negative. Dimpotrivă, aceleași persoane, aflate într-o situație dezagreabilă (de exemplu în condiții de zgomot) devin mai tolerante și mai liniștite după administrarea medicamentelor sedative.

Un alt factor, nespecific al acțiunii medicamentelor, și în special a psihotropelor, este reprezentat de *influența grupului*. În acest sens este bine cunoscută accentuarea efectului psihostimulant și euforizant al

alcoolului ingerat în cadrul grupului, spre deosebire de aspectele nesemnificative ale acestor manifestări, în cazul ingestiei solitare. În cadrul interacțiunii dintre efectul farmacodinamic al unei substanțe psihotrope și dinamica de grup se constată că „un subiect supus unui psihotrop într-un grup influențează comportamentul altora care n-au primit decit placebo, dar și o anumită motivație condiționată de grup poate influența acțiunea psihotropului” (H. Heimann, 1972, p. 193).

Desigur, modificările determinate de o substanță psihofarmacologică sînt în funcție de *gradul de reactivitate* al persoanei aflat în intercorelare cu ceea ce unii cercetători numesc „nivel de activare”. Se consideră că nivelul de activare este o stare psihofiziologică determinată de o substanță psihofarmacologică, în care efectele acesteia pot fi constatate și estimate prin investigații bioelectrice și probe psihologice. De fapt, există o zonă de activare, specifică fiecărui psihotrop, dar variabilă în funcție de persoană, cuprinsă între starea de somn și starea de excitație. Astfel, o substanță cu acțiune psihostimulantă determină o ameliorare a performanțelor atunci cînd atinge un nivel optim de activare. Dacă doza este mai mică, determinînd numai o activare suboptimală, performanțele nu vor atinge posibilitățile, după cum, printr-o supradozare se ajunge la o activare supra-optimală care perturbă și deteriorează performanța. Deci, atît în cazurile de activare suboptimală, cît și în cele de activare supraoptimală, doza optimă pentru o persoană dată este proporțională cu distanța dintre nivelul de activare realizat și nivelul de activare optimală (expectat).

Personalitatea pacientului se înscrie de asemenea în rîndul factorilor nespecifici fiind în măsură să influențeze răspunsul la acțiunea agenților psihofarmacologici. Această individualizare sau mai bine spus personalizare a răspunsului se datorește, printre altele, faptului că modificarea nivelului de activare nu este o stare exclusiv neurofiziologică ci și psihologică, ea fiind „trăită și interpretată” de către ins în funcție de configurația sa psihică și particularitățile sale. Totodată, personalitatea pacientului nu trebuie înțeleasă în mod individual ci sub aspect contextual, „în relațiile sale cu medicul, cu grupurile, cu ambianța instituțională de sănătate” (H. J. de Barahona-Fernandez, 1966, p. 258).

În felul acesta, personalitatea pacientului se înscrie mai deplin, alături de influența situației și a grupului în *contextul psihosocial* care modifică rezultatul tratamentului. Expresie a educației, instrucției, vîrstei, sexului, statutului profesional, marital etc., acest context social conferă insului un set de roluri care nu sînt numai asumate, ci și interiorizate. În virtutea acestui fapt, într-o situație de boală, matricea socială a insului va influența nu numai răspunsul la tratament, ci și caracterul manifestărilor clinice, atitudinea față de boală, modul în care-și apreciază propria-i simptomatologie etc. Dacă matricea socială poate influența caracterul fenomenologiei clinice, cu atît mai ușor poate modifica rezultatul tratamentelor psihofarmacologice. Unele studii, adîncind analiza, argumentează cum contextul psihosocial al pacientului influențează tipul de tratament pe care acesta îl solicită, îl acceptă (F. S. Garfield, 1971), precum și modul în care el interpretează efectele secundare (P. T. Hesbacher și colab., 1970, R. W. Downing și colab., 1975).

Ansamblul acestor factori nespecifici, veritabile circumstanțe terapeutice totale, influențînd răspunsul pacientului la terapie, ilustrează totodată axioma naturii sale sociale.

6. Problematika relației terapeutice în condițiile psihofarmacologiei clinice

Parte esențială dintr-o vastă problematică relațională între pacient și personalul medico-sanitar, relația terapeutică se instituie totodată ca punct de interferență din întreaga psihologie clinică. Considerată ca fiind fundamental psihoterapeutică, această relație se impune a fi reanalizată actualmente din perspectivă psihofarmacologică. Aceasta se impune cu atât mai mult cu cât în condițiile terapiei psihofarmacologice s-a invocat minimalizarea sau chiar anularea relației terapeutice. Cu toate că încă din perioada apariției și răspîndirii substanțelor psihofarmacologice s-a subliniat că acestea „nu vor putea înlocui relația interumană” (J. Delay, 1959, p. 79), ideea perturbării acestei relații a constituit frontul principal prin care se combăteau noile medicații.

S-a invocat faptul că prin psihofarmacologie sînt atacate doar manifestările exterioare, simptomele, rămînînd neabordate și ignorate problemele, și în ultimă instanță procesele care condiționează ansamblul fenomenologiei clinice. În concepția unor clinicieni, prin intervenția substanțelor psihotrope, terapeutul nici n-ar putea să comunice cu pacientul întrucît „medicamentul poate constitui un ecran între medic și bolnav” (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 83). În aceste condiții, medicul nu ar mai fi în „priză directă” cu pacientul său, relația dintre ei stabilindu-se, cu dificultățile inerente, prin acest ecran. Trebuie menționat totuși că „termenul de ecran chimioterapic are un caracter ambiguu; el face relația mai săracă, sterilă și chiar nefastă pentru bolnav” (M. Porot, J. Claire, 1965, p. 155). Utilizînd substanțele psihofarmacologice, clinicianul și-ar anula atributele sale de medic care-i permit să se confrunte cu problematica pacientului, fiind denumit de aceea „prescriptor” sau „distribuitor de droguri”.

Pentru a evita o astfel de denaturare, referindu-se desigur la psihiatrie, unii clinicieni au încercat o dihotomie a relației terapeutice în „relație psihoterapeutică” și „relație chimioterapeutică”. În accepțiunea lor, prima ar întruni aspirațiile și ar fi în concordanță cu expectațiile terapeutice, în timp ce a doua ar fi formală, superficială, sărăcită sub aspectul conținutului și beneficiului psihologic, redusă la manipularea produsului psihofarmacologic. Desigur, această disjuncție nu a putut fi acceptată, ea fiind doar sub aspect teoretic menționată. Chiar în situațiile în care se folosesc exclusiv substanțe psihofarmacologice, subliniem totuși faptul că nu se poate vorbi de o relație chimioterapică întrucît, orice act terapeutic implică un conținut psihologic. Așa cum s-a arătat, acesta este determinat de ansamblul factorilor nespecifici care, prin acțiunea lor, pot amplifica sau diminua efectul agenților psihofarmacologici. În virtutea acestor considerații, este util să se renunțe la noțiunile de „relație chimioterapică” sau „relație medicamentoasă”, menținîndu-se numai termenul de relație terapeutică, indiferent de procedeul sau de mijlocul terapeutic folosit în clinică.

În afara acestor precizări teoretice, considerăm că sub aspectul practicii se desprind două aspecte ale relației terapeutice, și anume:

— influența introducerii substanțelor psihofarmacologice asupra relației terapeutice;

— influența caracterului și calității relației medic-bolnav asupra răspunsului la tratamentul psihofarmacologic, respectiv asupra acțiunii farmacodinamice a psihotropelor.

Răspunsul la aceste două probleme nu este încă satisfăcător din considerente multiple dintre care menționăm numai că „o apreciere stabilă și definitivă a conținutului și modului de acțiune a unei astfel de influențe nu s-a realizat încă. Aceasta, deoarece factorii de posibilă mediere sînt numeroși și variați, mulți dintre ei luînd forma unor atribute personale și situaționale subtile, greu de definit cu precizie operațională, și deci dificil de cuantificat” (R. W. Downing, K. Rickels, 1981, p. 1423).

Considerăm că această aserțiune este pe deplin valabilă, dar încercăm, în același timp, o schiță de răspuns asupra celor două probleme mai sus formulate :

a) În ceea ce privește impactul substanțelor psihofarmacologice asupra relației terapeutice sîntem nevoiți a ne referi în mod special la relația terapeutică psihanalitică, întrucît numai pe fondul „curat” al acesteia se poate constata influența psihofarmacologică. În această privință pot fi menționate unele lucrări efectuate chiar de clinicieni psihanalisti (M. Ostow, 1962, L. Bellack și S. Rosenberg, 1966 ; G. J. Sarwer-Foner, 1970 și altele) care, comparînd rezultatele psihoterapiei psihanalitice cu cele ale terapiei psihofarmacologice, deși puteau testa modificarea relației, s-au referit numai la efectul clinic al medicației. Întrucît însă răspunsul pacienților la tratamentul psihofarmacologic a fost favorabil, intuim că și relația terapeutică nu a suferit o perturbare cu influență clinică.

b) În privința influenței relației asupra răspunsului la tratamentul psihofarmacologic există studii care atestă faptul că o relație terapeutică mai intensă poate diminua răspunsul pacienților la tratamentul psihofarmacologic. Astfel, K. Rickels și R. B. Cattell (1969) au constatat că un grup de pacienți tratați, de „terapeuți empatici”, care aveau o relație interpersonală calitativ superioară, au obținut un răspuns mai scăzut la meprobamat decît pacienții care au fost tratați de terapeuți tehnicieni, nonempatici. La rîndul lor, E. H. Uhlenhuth și colab. (1969) au putut demonstra că o relație psihoterapeutică centrată asupra factorilor emoționali poate „să diminueze efectul anxioliticelor active”. Alte studii arată că pacienții care în cadrul psihoterapiei beneficiau de o întreținere intensă și continuă obțineau rezultate mai slabe la clordiazepoxid decît cei care aveau o relaționare redusă și intermitentă.

7. Asupra compulsiilor prescripției psihofarmacologice și imperativul cunoașterii clinice

În psihiatrie, într-o măsură mai mare decît în orice alt domeniu din patologie, există tendința de a se recurge la farmacologie ; în special psihiatrii tineri încearcă mai acut tentația de a liniști pacientul prin apelul la un tranchilizant sau psiholeptic. Nu rareori însă avem de-a face cu o liniștire prin acoperire ; e o liniștire a stării psihice și o acoperire a proceselor psihopatologice.

Fără îndoială că anxietatea, depresia dar mai ales delirul, halucinația și în special agitația, impun medicului o intervenție terapeutică de natură să anuleze ori să reducă fenomenologia clinică înainte de elucidarea diagnostică. Aceasta este o atitudine spontană și întrucîtva comprehensibilă,

dar nu întotdeauna oportună, fiind uneori prejudiciabilă. Situația poate fi comparată cu aceea din patologia internă când, în fața unui bolnav cu dureri abdominale violente, intens acuzate, medicul nu recurge la medicamente antalgice și cu atât mai puțin la opiacee, decât în urma examinării atente și a raționamentelor clinice susceptibile să elucideze aspectele etiopatologice și să-i contureze opțiunile diagnostice. Medicul cunoaște dezi-deratul științific în virtutea căruia diagnosticarea trebuie să preceadă prescripția dar, în același timp, este împins de elanul umanitar al alinării care-i impune intervenția.

La aceasta se adaugă un fapt pe care în mod frecvent l-am constatat, și anume orgoliul profesional al psihiatrului; el este mai puternic conturat decât al internistului sau chirurgului pentru că în perioada actuală intervenția psihiatrului este mai spectaculară. Într-adevăr, în condițiile terapeutice actuale, a suprima o durere este un fapt obișnuit dar a reduce o stare de agitație, a înlătura o manifestare confuzională sau halucinatorie apare ca un act terapeutic deosebit.

În majoritatea cazurilor însă, cele mai mari posibilități de diagnosticare psihiatrică le întâlnim tocmai în această primă și deseori amplă manifestare clinică și de aceea tendința compulsivă de-a acționa prin administrarea de neuroleptice interferează negativ demersul cunoașterii clinice.

Dorința de a obține și demonstra remisiuni clinice spectaculare nu se constată numai în cazuri de urgență, cu ample manifestări psihopatologice, ei și în stări reactive sau nevrotice, împiedicându-se astfel stabilirea unei relații terapeutice. Astfel, „când un bolnav vine cu o problemă enigmatică sau angoasantă a comportamentului său, cât de puternică devine tendința de a o regla, de a o reduce și suprima printr-un bun neuroleptic” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 62).

Această tendință spre neuroleptizare este deseori apreciată, și într-adevăr trebuie considerată, ca un semn de dezangajare a terapeutului de la efortul răbdător și tenace al „luării în sarcină” a pacientului cu întreaga sa problemă psihopatologică. Totodată, prescrierea de medicamente psihotrope unui pacient cu manifestări nevrotice exprimă nu numai rezerva medicului sau nonangajarea ci și sancționarea pacientului în virtutea unei motivații nonconștientizate a medicului și poate fi considerată ca o manifestare de contra-transfer negativ. Aceasta exprimă faptul că medicul nu este complet pregătit din punct de vedere psihologic asupra actului terapeutic, permițând interferența propriilor pulsioni, tendințe și atitudini cu problematica pacientului. Clinicianul încalcă astfel un principiu de deplin valabil al psihanalizei care ar trebui să călăuzească întreaga atitudine terapeutică, acela al „neutralității binevoitoare” față de pacient. În această privință conduita terapeutului se distinge de aceea a pedagogului sau juristului; el nu încurajează, nu combate și mai ales nu sancționează; el ajută pe pacient să-și rezolve problematica patologică, îl sprijină în depășirea complexelor și impasului, îl maturizează.

8. Relația terapeutică și problematica transferențială

Apariția medicamentului în câmpul terapeutic modifică substanțial conținutul relației medicului cu pacientul. Acesta investește asupra medica-

mentului cel puțin o parte din expectațiile pe care le avea asupra medicului astfel încât un transfer pozitiv al pacientului în privința terapeutului se va răsfringe în mod cert asupra medicamentului. În acest sens, bolnavul consideră că un medic bun nu poate prescrie decât un medicament bun, eficacitatea medicamentului fiind apreciată în concordanță cu expectațiile pacientului asupra medicului.

Întrucît fenomenologia transferului este de cele mai multe ori analizată de clinicieni psihanaliști, aceștia, opunindu-se îndeobște psihofarmacologiei, neagă existența transferului, ca și a ansamblului fenomenelor psihodinamice în condițiile relației chimioterapice.

Alți clinicieni însă acceptă existența unui transfer și în condițiile tratamentului psihofarmacologic și întrucît nu există în literatură o analiză științifică a acestuia, considerăm că existența lui se bazează pe : — durata relativ îndelungată a curei neuroleptice ; — regresia psihică realizată de boală ; — dependența pacientului față de terapeut ; — modificările psihologice și redistribuțiile de energie din economia psihică realizate de cura neuroleptică. În accepțiunea pacientului toate aceste modificări se datoresc terapeutului și este firesc ca el să atribuie acestuia propriile-i tendințe, aspirații, sentimente, idei etc.

O a treia categorie de clinicieni consideră că în condițiile psihofarmacologiei se dezvoltă o formă nouă de transfer „actual, concret și conștient”, pe care H.J. de Barahona Fernandez (1966) îl denumește „transfer vital” ; acesta se constituie pe „un plan uman al trebuințelor fundamentale de ordin vital, sprijinit pe modificările funcționale de la nivel cerebral”, realizate prin acțiuni farmacodinamice. Menționăm însă că eliminînd latură inconștientă a fenomenului de transfer, autorul portughez acordă acestuia o altă accepțiune care este diferită nu numai de sensul clasic, psihanalitic, ci și de toate sensurile atribuite ulterior transferului.

În sfîrșit, pornind de la situația terapiei bifocale, efectuată de un psihoterapeut și un psihofarmacolog, se înțelege că ultimul va constitui obiectul unui transfer din partea pacientului, acceptîndu-se astfel ideea unui „transfer bifocal”. Această situație impune însă ca cei doi terapeuți „să fie de formație convergentă, să nu depindă unul de celălalt, să fie apropiați pentru a gândi și a simți aceleași lucruri despre pacientul comun” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 81). Spre deosebire de această opinie, cei mai mulți clinicieni nu acceptă soluția terapiei bifocale, printre motivele invocate fiind și argumente referitoare la transfer. Acceptînd faptul că o prescriere medicamentoasă corectă și oportună făcută de psihoterapeut întărește transferul, se consideră că „dimpotrivă, dacă chimioterapia este prescrisă de un medic și psihoterapia este efectuată de altul, transferul este jenat” (J. Delay, 1966, p. 1155). Menționăm însă că pe măsură ce se confirmă speranțele terapeutice investite în posibilitățile psihofarmacologiei și se restrînge aria de aplicare a psihoterapiei psihanalitice, se reduce și numărul pacienților supuși terapiei bifocale, astfel încît problema transferului bifocal devine un subiect tot mai puțin actual.

După cum am subliniat și cu alt prilej, fenomenologia transferului se dezvoltă în orice relație terapeutică, durată și autenticitatea acesteia condiționîndu-i caracteristicile. Conform opiniei noastre, clinica psihiatrică, prin cura neuroleptică, prezintă condiții favorabile dezvoltării transferului a cărui cunoaștere și minuire se înscriu printre condițiile succesului terapeutic. Considerăm astfel că numeroase aspecte psihologice întîlnite în cursul terapiei, începînd cu fenomenologia complianței pînă la aceea a

regresiei psihice și dependenței sînt de sorginte transferențială. Cunoscută și judicios orientată, aceste fenomene pot constitui factori importanți în terapie, favorizînd și amplificînd efectul obținut prin psihofarmacologie. Totodată, fenomenele de natură transferențială dau conținut celor mai nuanțate conduite de psihologie medicală.

O problemă lăsată în subsidiar de psihoterapie în general și de psihanaliză în special este aceea a fenomenelor contratransferențiale. Această situație este explicabilă dacă avem în vedere cel puțin faptul că în psihoterapie terapeutul are posibilitatea să-și selecționeze pacienții, folosindu-se nu atît criterii simptomatologice sau nosografice, cît mai ales empatice. Spre deosebire de psihoterapie, o primă caracteristică a tratamentului prin psihofarmacologie este larga sa adresabilitate. Terapeutul nu-și mai poate alege pacienții ca pentru psihoterapie, aceștia beneficiind, fără discriminare, de psihofarmacologie. Ei prezintă însă o fenomenologie clinică atît de variată, încît este aproape imposibil să fie acceptată cu aceeași deschidere din partea terapeutului. În acest context, considerăm că, în condițiile psihofarmacologice fenomenele contratransferențiale capătă valențe particulare.

O primă sursă de contratransfer constă în îndoiala inconștientă a unor clinicieni privind acțiunea efectivă antipsihotică (și nu antisimptomatologică) a psihotropelor. Ei le prescriu din rutină, din necesitatea acordării tratamentului și nu din convingerea privind curabilitatea medicamentului. Considerăm de aceea că în condițiile psihofarmacologice complexitatea relației dintre medic și bolnav nu se reduce prin intervenția medicației iar fenomenologia acestei relații, pe care Cl. Blanc (1966) o apreciază ca fiind „de la conștiință la conștiință și de la inconștient la inconștient” este mult mai complexă decît cea înscrisă în accepțiunea psihanalitică a conceptelor de transfer și contratransfer. Totodată, în fenomenul complianței ca și în atitudinea față de cura terapeutică, pacientul poate exprima aspecte ale problematicei sale psihopatologice. În virtutea acestui fapt, „considerațiile transferențiale și contratransferențiale legate de medicament trebuie abordate în aceeași manieră ca și alte aspecte ale psihoterapiei pacientului” (J. M. Davis, J. O. Cole, 1975, p. 1933).

De cele mai multe ori însă, medicamentul psihotrop „permite satisfacerea unui sentiment de putere” (A. Achaintre, P. Balvet, 1965, p. 84). Într-adevăr, această „putere” a terapeutului, pe care i-o conferă în fapt incisivitatea neurolepticului, îi permite să facă din bolnavul agresiv un pacient docil, din virulent un ascultător, din delirantul violent un confidant, din psihoticul anxios și halucinat un liniștit, securizat. Fără îndoială că aceste posibilități oferă terapeutului și anumite veleități a căror forță vectorială este deseori bazată pe o motivație contratransferențială. În alte situații însă, anumiți terapeuți, în virtutea unor pulsioni sadice, folosesc doze exagerate de neuroleptice. Ei nu se limitează la doza minimă necesară și într-un elan psihofarmacologic denumit de unii clinicieni *furor therapeuticus* doresc să reducă ori să anuleze, cu promptitudine, orice manifestare psihopatologică a pacientului. Invocațiile delirante, explicațiile obsedante, acuzele somatoforme, temerile ipohondriace, ca și alte manifestări clinice, în loc să fie răbdător anulate și analizate sînt cu promptitudine sancționate sub justificarea că sînt „tratate”. Considerăm astfel că, în aceste cazuri, este vorba de o sancționare prin neuroleptizare; mai mult chiar, însăși nevoia pacientului de relaționare, în virtutea unor conduite contratransferențiale este sancționată prin neuroleptizare.

Bibliografie

- Achaintre, A., Balvet, P., *Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963.
- Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1966.
- Bansikov, V. M. et al., *Meditsinskaja psihologija*, Moskva, Izd. Meditsina, 1967.
- Barahona-Fernandez, H. J. de, *Pharmacopsychothérapie*, in : „Convegno di aggiornamento in psiconeurofarmacologia”, Torino, Minerva Medica, 1966, p. 256—285.
- Blanc, Cl., *Les Mots, les Drogues et l'Esprit*, „L'Evolution Psychiatrique”, 1966, 4, 707—741.
- Bloch, C., Sivadon, P., *La psychologie du patient*, in : *Traité de Psychologie Médicale* (red. P. Sivadon), Paris, Press. Univ. France, 1973, p. 9—33.
- Ciurez, T., *Cercetarea clinică a efectului substanțelor psihotrope*, in : *Terapie psihotropă* (red. V. Predescu), București, Edit. medicală, 1968, p. 63—88.
- Davis, J. M., Cole, J. O. *Antipsychotic Drugs*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, II, vol 2 (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams Wilkins, 1975, p. 1921—1940.
- Delay, J., *Psychopharmacologie et psychiatrie*, „Presse méd.”, 1966, 74, 22, 1151—1157.
- Delay, J., Pichot, P., *Abrégé de Psychologie*, Paris, Masson, 1967.
- Di Mascio, A., *The Use of „Normals” in Predicting Clinical Utility of Psychotropic Drugs*, in : *The Psychopharmacology of the Normal Human* (ed. by U.E. Wayne and N. S. Kline Springfield, Charles C. Thomas), 1969.
- Downing, R. W. et al., „Journ. Psychiatr. Res.”, 1975, 12, 239—256.
- Downing, R. W., Rickels, K., *Nonspecific Factors and their Interaction with Psychological Treatment in Pharmacotherapy*, in : *Psychopharmacology : A Generation of Progress* (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killan eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1419—1428.
- Garfield, F. S., *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change : An Empirical Analysis* (A. E. Bergin, F. S. Garfield eds.), New York, J. Wiley, 1971.
- Guyotat, J., *Neuroleptiques et psychothérapies. Débat*, in : „Confrontations Psychiatriques”, 1975, 13, 225—247.
- Heimann, H., *Fondements théoriques et modèles explicatifs de l'action des psychotropes*, in : „Confrontations Psychiatriques. La Psychopharmacologie”, 1972, 9, p. 187—206.
- Hesbacher, P. T. et al., „Psychopharmacologia”, 1970, 18, 180—208.
- Ionescu, G., *A clinico-psychological analysis of the placebo phenomenon*, „Revue roumaine des sciences sociales. Série de Psychologie”, București, 1982, 26, 2, 155—169.
- Ionescu, G., *Analiza clinico-psihologică a fenomenului Placebo*, „Revista de psihologie”, 1983, 29, 1, 65—79.
- Janke, W., Debus, G., *Experimental Studies on Antianxiety Agents with Normal Subjects*, in : „Psychopharmacology” (ed. D. H. Efron), Health Service Publication, N° 1836, 1968, p. 205—230.
- Lebedinski, M. S., Miasiscev, V. N., *Vvedenie v meditsinskijn psihologijn*, Leningrad, Izd. Meditsina, 1966.
- Paul, G. L. et al., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1972, 27, 106—115.
- Pichot, P., *A propos de l'effet placebo*, „Rev. Med. psychosom.”, 1961, 3, 37—40.
- Porot, M., Claire, J., *Caractères nouveaux de la relation médecin-malade au cours de la chimiothérapie*, in : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 153—156.
- Predescu, V. et al., *Terapie psihotropă*, București, Edit. Medicală, 1968.
- Prout, C. T. et al., *The Placebo Effect in Psychiatric Drug Research*, „J.A.M.A.”, 1961, 176, 11, 920—925.
- Racamier, C. P., Carretier, L., *Relation psychothérapique et relation medicamenteuse dans l'institution psychiatrique*, in : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 58—84.
- Rickels, K. et al., „Clin. Pharmacol. Ther.”, 1971, 12, 263—273.
- Rickels, K., Cattell, R. B., *Psychotropic Drug Response : Advances in Prediction* (P. R. A. May and J. R. Wittenborn eds.), Springfield, Charles C. Thomas, 1969.
- Schneider, P. B., *Psychologie médicale*, Paris, Payot, 1969.
- Schooler, R. Nina., *Antipsychotic Drugs and Psychological Treatment in Schizophrenia*, in : *Psychopharmacology : A Generation of Progress* (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killan, eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1155—1168.
- Shepherd, M., *Méthodologie des essais cliniques en psychopharmacologie*, in : „Confrontations Psychiatriques. La Psychopharmacologie”, 1972, 9, p. 145—162.
- Sirbu, Aurelia Bîrț, M., *Importanța și particularitățile efectului placebo*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia”, 1972, 17, 5, 453—457.
- Uhlenhuth, E. H. et al., „Journ. Nerv. Ment. Dis.”, 1969, 148, 52—64.

METODE PSIHOTERAPEUTICE DIN DOMENIUL PSIROPATOLOGIEI CLINICE

A. Psihoterapia psihanalitică

La aproape un secol de la apariția sa, psihanaliza constituie și astăzi o teorie și o metodă controversată, încă incomplet asimilată chiar de către psihopatologie și psihiatrie, domeniile sale majore de aplicație. Din anul 1894, considerat „anul de naștere” al psihanalizei, prin apariția lucrării lui S. Freud și J. Breuer *Studii asupra isteriei*, teoria și metoda au evoluat mult, fără a se ajunge însă, pînă în prezent, la o modificare radicală a principiilor de bază constituite și revizuite permanent de S. Freud (1856—1939) pînă la sfîrșitul vieții sale.

1. Principii teoretice de bază

În viziunea psihanalizei, activitatea psihică a individului uman se poate desfășura la nivel conștient, unde operează gîndirea logică, mijlocită prin limbaj conceptual și la nivel inconștient, guvernat de un tip de „gîndire primitivă” cu elemente magice, determinată direct de fenomenele afective. Spre deosebire de subconștient, din care fac parte o serie de automatisme mentale, care pot fi înregistrate și conștient, datele psihice inconștiente nu au acces la conștiență, fiind refulate. *Refularea* se face prin intermediul *cenzurii*, un subsistem mental, el însuși inconștient. Criteriile după care cenzura respinge sau nu accesul la conștiență al unui fapt psihic sînt, pe de o parte, cele ale moralei individului (însușită în urma procesului de socializare, prin educație) și, pe de altă parte, cele ale limitei de securitate a aparatului psihic conștient, dincolo de care intensitatea unei trăiri poate fi distructivă.

Din punct de vedere funcțional, în viziunea psihanalizei, aparatul mental este compus din trei instanțe: *Sinele*, depozitar al pulsionilor instinctuale, supus *principiului plăcerii*, *Supraeul*, format prin interiorizarea normelor sociale și acționînd în virtutea *principiului datoriei* și *Eul*. Dintre acestea Eul deține rolul cardinal în stabilirea și menținerea echilibrului psihic al persoanei. El acționează conform *principiului realității*, tinzînd spre crearea compromisului optim dintre cerințele *libidinale* ale Sinelui (căutarea plăcerii și evitarea neplăcerii) și exigențele morale ale Supraeului. Dorim să facem precizarea, uneori neglijată în abordarea critică a psihanalizei, că toate conflictele intrapsihice, pe care Eul încearcă să le rezolve, nu constituie altceva decît reflectarea contradicțiilor dintre individ, ca realitate biopsihosocială, și mediul fizic și social la care acesta se raportează permanent. Deci, în ultimă instanță, rolul Eului constă în stabilirea și menținerea unei optime adaptări a persoanei la realitatea înconjurătoare.

Existența conflictului intrapsihic se face prezentă, în raport cu Eu-l, prin intermediul *angoasei*. Prima experiență a angoasei declanșată automat în virtutea unor mecanisme programate genetic este considerată a se produce cu ocazia nașterii persoanei. Ulterior, ea reapare în situațiile de pericol real sau „imaginat” de către subiectul nevrotic, a cărui structură psihică, parțial înfăntilă, operează o serie de *proiecții*, falsificând relația sa cu mediul și trăind, la nivel inconștient, stări de permanent pericol chiar și atunci când, în mod obiectiv, acesta nu există. Astfel, inițial cu rol de semnal de alarmă, angoasa începe să reprezinte o anticipare inconștientă a pericolului (pedeapsă), la care ar putea fi supus individul prin realizarea unora din pulsunile sale refulate. Deși S. Freud deriva angoasa din refulare, considerind că „plăcerea așteptată de la satisfacere (a pulsuniilor) este transformată, prin procesul de refulare, în neplăcere” (Freud S., 1973, p. 7), în prezent refulării i se acordă doar funcția de mecanism de apărare al Eu-lui, care intră în joc împotriva angoasei și consecutiv ei. Pe lângă *refulare*, Eu-l mai dispune de o serie de alte mecanisme de apărare în fața angoasei.

După Anna Freud, acestea sînt: *Regresia* — revenirea, mai mult sau mai puțin parțială, la anumite trăiri și conduite din experiența trecută. *Izolarea* — separarea unei reprezentări mentale de conținutul său afectiv. *Anularea retroactivă* — procedeu prin care se încearcă suprimarea unei experiențe trecute cu ajutorul unui ritual magic. *Returnarea spre sine* — înlocuirea unui obiect extern al unei pulsuni cu propria persoană. *Transformarea în contrariu* — o inversare a semnificației motivației acțiunii. *Introecția* — incorporarea în sine a unui obiect semnificativ pentru subiect. *Proiecția* — transferul în mediul exterior al unui conținut psihic propriu. *Formația reacțională* — înlocuirea valenței motivaționale pozitive cu o valență profund negativă. *Sublimarea* — transformarea unei cantități de „energie” primară refulată într-o formă valorificabilă în realitate (Freud Anna, 1973).

Declanșate ca reacție în fața angoasei, mecanismele de apărare ale Eu-lui își dezvoltă activitatea într-o relație direct proporțională cu creșterea intensității acesteia. Dincolo de o anumită limită, proprie fiecărui individ, aceste mecanisme, ajunse la paroxism, încep să invadeze personalitatea, avînd tendința să perturbe manevrele conștiente prin care subiectul se adaptează permanent mediului fizic și social. În această fază se constată apariția simptomelor. Lucrurile se petrec asemănător creșterii temperaturii în unele infecții virotice și bacteriene: inițial mijloc de luptă al organismului, febra, dacă depășește o anumită intensitate, poate deveni ea însăși un simptom cu efecte dăunătoare.

În afara funcției de atenuare a angoasei, mecanismele de apărare ale Eu-lui permit și o satisfacere parțială a pulsuniilor refulate, asigurînd astfel Eu-lui rolul său de „mediator” în aparatul mental al individului. Deoarece, ca subsistem mental, Eu-l nu dispune de energie (motivație) proprie pentru a funcționa, el este nevoit să „împrumute” o parte din forța (motivația) Sinelui căruia îi mijlocește, „în schimb”, un minimum necesar de satisfacere pentru continuarea „cooperării”. Pulsunile realizate prin această modalitate sînt însă *deturnate* de la calea lor naturală și îmbracă și în plan comportamental, *forme degheizate* încadrate în conduitele nevrotice. Astfel, în viziunea psihanalizei, simptomele nevrotice (manifestate psihic sau somatic) nu reprezintă altceva decît inșiși mecanismele de apărare ale Eu-lui în

forma lor exacerbată. Fiind o manevră de compromis, urmărind minimum de „rău necesar”, „simptomul nevrotic tipic exprimă simultan și impulsul și apărarea” (Fenichel O., 1953, p. 239).

Privind simptomul bolii ca mijloc de apărare a sistemului psihic, concepția psihanalitică se întâlnește cu „teoria sindromului de adaptare” a lui H. Selye, conform căreia boala este ea însăși o tentativă de adaptare, o reacție la solicitarea excesivă (Selye H., 1950).

Relația dintre tipul simptomului și natura mecanismului de apărare care-l provoacă nu este strict determinată. Astfel, fobia este considerată o deplasare a angoasei și o obiectivare a ei. Același mecanism, deplasarea, intervine și în conversia isterică. Obsesia, ca tip de reacție mai elaborat și complex, poate fi generată simultan de mai multe tipuri de mecanisme de apărare cum ar fi : deplasarea, formația reacțională, anularea retroactivă și regresia.

În stările psihotice se consideră că mecanismele de apărare nevrotice ale Eu-lui au eșuat, și în fața pericolului iminent de destrucție a sistemului psihic invadat de angoasă, Eu-l apelează, în ultimă instanță, la o serie de mecanisme de apărare de tip psihotic. După M. Klein, principalele mecanisme psihotice de apărare ale Eu-lui sînt : *clivajul obiectului și al pulsionii, idealizarea, refuzul realității interioare sau exterioare și reținerea trăirilor afective* (Klein, M., 1966). În planul comportamentului, intrarea în acțiune a acestor mecanisme de apărare se reflectă prin apariția simptomelor caracteristice stărilor psihotice : discordanța, derealizarea, depersonalizarea, fenomenele halucinatorii și delirante, autismul etc.

Referitor la explicarea simptomelor psihotice prin acțiunea mecanismelor de apărare ale Eu-ului, tentativă puternic controversată, considerăm că noile descoperiri făcute asupra intimității proceselor biochimice ale creierului nu infirmă existența acestor mecanisme. Interdependența, din ce în ce mai evidentă, dintre procesele psihice și cele somatice, lasă un loc destul de larg importanței mecanismelor psihice în geneza și întreținerea stărilor de boală psihică sau somatică. Probabil, descoperirile din viitorii ani din domeniul biochimiei sistemului nervos (și nu numai al lui) vor permite o evaluare mai exactă a cauzelor și mecanismelor patologiei umane, atribuind factorilor psihici rolul real pe care aceștia îl au, eliminînd exagerările, dar și scepticismul nejustificat.

2. Metoda terapeutică

Tehnica psihoterapiei psihanalitice poate fi definită prin cele trei reguli importante ale sale : *asociația liberă, atenția flotantă și neutralitatea binevoitoare*. Regula *asociației libere* cere pacientului, întins pe canapea sau așezat comod în fotoliu, să verbalizeze, pe cît posibil fără autocontrol, orice fapt psihic produs pe moment. Ceea ce se așteaptă de la asociația liberă este exprimarea involuntară a unor date semnificative asupra conflictelor inconștiente ale subiectului. Pe baza lor, ca și prin *analiza viselor* și a *actelor ratate*, analistul îl va determina pe pacient să-și descifreze conținuturile psihice ignorate anterior. *Atenția flotantă*, ca regulă, se referă la atitudinea relaxată, echivalentă celei a pacientului, cu care terapeutul va trebui să înregistreze în întregime discursul bolnavului, ferindu-se de a acorda apriori o importanță mai mare sau mai mică unor date. În acest fel, aprehensiunea terapeutului, la nivel subconștient și chiar inconștient,

va lucra liber, în raport direct cu inconștientul pacientului. Ulterior doar, printr-un efort de sistematizare, psihanalistul va supune logicii conștiente datele recepționate și le va utiliza, la momentul potrivit, pe parcursul evoluției terapiei. Regula *neutralității binevoitoare* se referă de asemenea la analist și îi cere să păstreze, în relația cu pacientul, o atitudine de bună-voință, dar și de relativă detașare afectivă, respingînd tentativele pacientului de a-l implica emoțional în problemele sale.

Din punct de vedere procesual, o cură psihanalitică cuprinde cîteva faze, a căror durată este variabilă, în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. În prima dintre acestea, *faza de debut*, are loc instalarea și dezvoltarea *transferului*. Instrument de bază în psihanaliză, numit adesea „motor” al ei, datorită puternicei *motivații de vindecare* pe care o produce, transferul desemnează tendința inconștientă a pacientului de a „confunda” terapeutul cu una sau mai multe persoane importante, cu care s-a relaționat în viață: părinți, frați, surori sau substituiți ai acestora. Transferul se produce în virtutea *tendinței la repetiție*, un tip de regresie care provoacă retrăirea frustrărilor traumatizante din trecut, în speranța rezolvării lor favorabile în prezent. În acest fel, prin transfer, pacientul reface drumul invers al evoluției sale nevrotice, drum presărat cu tot felul de accidente, care au dus la *fixații* și dezvoltări comportamentale nevrotice. Următoarea fază a psihoterapiei, cea a *nevrozei de transfer*, are ponderea cea mai mare atît din punct de vedere al duratei sale, cît și din cel al importanței *travaliului analitic* desfășurat. Cu ajutorul *interpretărilor* și al *manevrării transferului*, terapeutul va controla această nevroză reactualizată în raport cu persoana sa și se va strădui permanent să „demaște”, în fața conștiinței pacientului, semnificația conduitelor nevrotice prin care acesta își exprimă conflictele intrapsihice. Ca regulă generală, interpretările trebuie efectuate întotdeauna „la suprafață”, vizînd date aflate în imediata apropiere a zonei de conștiință a subiectului. Această precauție este necesară deoarece, după cum se constată în practică, o interpretare „în profunzime” (*psihanaliză barbară*) are un efect contrariu celui vizat, sporind *rezistența* prin înfățișarea angoasei și acțiunii mecanismelor de apărare ale Eu-lui. Ca efect imediat al interpretărilor reușite se produce uneori fenomenul de *abreacție*, o luare la cunoștință a unor semnificații, însoțită de importante eliberări de afect. Respectînd principiul „acțiunii la suprafață”, interpretările trebuie orientate cu prioritate împotriva rezistenței pentru ca, ulterior, faptul psihic refulat să poată avea acces la conștiință. Ca precizare metodologică, se poate constata că psihoterapia analitică nu tinde în mod expres spre conștientizarea tendințelor inconștiente, așa cum se afirmă deseori, ci spre modificarea cenzurii „care a dus inițial la refulare și care o menține” (Freud S., 1972, p. 102). În acest fel se produc „schimbări permanente crescînd puterea de integrare a Eu-lui” (Alexander F., 1970, p. 261). Alături de interpretare, un eficient mijloc de acțiune asupra pacientului îl constituie și „manevrarea transferului”. Noțiunea, introdusă de F. Alexander, desemnează activitatea de „*reeducare emoțională*” pe care o desfășoară terapeutul cu pacientul, printr-o atitudine radical diferită (compensatorie) în raport cu cea pe care au avut-o persoanele importante din copilăria acestuia (Alexander F., 1959). Un alt factor important care intră în joc este considerat *identificarea* pacientului cu analistul. Prin intermediul mecanismelor introective, cel analizat începe treptat să „copieze”, involuntar, modelele de acțiune intrapsihice care stau la baza personalității psihanalistului, modele cu necesitate mai „sănă-

toase" și mai eficiente decât cele de care dispune pacientul. Existența acestui fenomen îl face pe S. Nacht să considere că este mai important nu „ce face sau spune terapeutul, ci ceea ce el este” (Nacht, S., 1967, p. 135). De aici rezultă și unul din motivele pentru care, în psihanaliză, se pune un accent deosebit pe *terapia didactică* (de fapt, o temeinică și completă cură analitică) pe care orice viitor terapeut este obligat să o efectueze, anterior debutului în profesie. Aceasta cu atât mai mult cu cât nici un psihanalist nu se poate sustrage (și nici nu ar fi de dorit să o facă) fenomenului de *contratransfer*, un răspuns involuntar la transferul pacientului. Din interacțiunea celor două tipuri de reacții transferențiale, pe care terapeutul trebuie să le aibă permanent sub control, se formează un „cîmp motivațional” complex care grupează, la cele două extremități ale sale, suma *motivațiilor de vindecare* ale celor doi protagoniști și suma forțelor opuse, a *rezistențelor* la care, în mod inevitabil, își aduc aportul și unele „rămășițe” neexplorate ale personalității terapeutului, oricît de bine i-ar fi reușit propria psihanaliză. În ultimă instanță, la succesul terapiei, pe lângă datele personale ale bolnavului și competența psihanalistului, un rol greu cuantificabil, dar evident semnificativ, îl joacă și „compatibilitatea” terapeut-pacient, un factor dificil de apreciat în faza de debut a terapiei, cînd ar fi fost încă posibil, în cazul unei „nepotriviri”, ca pacientul să fie îndrumat spre un alt psihanalist.

Atunci cînd, din interacțiunea tuturor factorilor implicați, rezultă o evoluție favorabilă, se constată o diminuare, pînă la dispariție totală, a simptomelor. Acest lucru este important nu atît prin el însuși, cît prin faptul că semnifică o întărire a Eu-lui, știut fiind că acesta „nu abandonează activitățile sale defensive decît în măsura în care își poate asuma emergența derivatelor pulsionale” (Buvet, M., 1968, p. 170). În plan subiectiv, pacientul resimte o mai bună cunoaștere de sine și, în special, o acceptare pentru că, așa cum afirmă J. Begoin : „a fi tu însuși este, fără îndoială, înainte de toate, a fi într-o mai bună relație cu tine, a te cunoaște mai bine și a te accepta mai bine” (Begoin, J., 1982, p. 1019). Aceste modificări determină o depășire a nevrozei de transfer, care lasă locul, pe nesimțite, fazei terminale, cea a *lichidării transferului*. În această ultimă etapă, relația pacient-terapeut își pierde treptat din intensitate, lăsînd locul unei colaborări amicale (regresia pacientului se reduce, acesta manifestîndu-se tot mai mult, față de analist, ca de la adult la adult). Decizia de terminare a terapiei este luată de obicei de comun acord, la propunerea terapeutului. Uneori apar incidente în acest ultim act al terapiei, în sensul dificultăților pe care le resimte fostul bolnav în fața perspectivei de a rămîne dintr-o dată „singur”. Dacă însă terapia și-a atins principalele obiective, desprinderea pacientului de tratament și de persoana terapeutului se poate face în deplină siguranță, fără riscul unei recidive a bolii. Referitor la indiciile după care terapeutul poate stabili momentul oportun al încheierii terapiei, au fost elaborate o serie de criterii de apreciere a stării de sănătate psihică a pacientului. S. Nacht, citîndu-l pe Rickman, enumeră următoarele *criterii de vindecare* : a) dispariția amneziei infantile ; b) capacitatea de satisfacere genitală heterosexuale ; c) capacitatea de a suporta frustrațiile libidinale fără apărare regresivă și fără anxietate ; d) capacitatea de a munci și de a suporta timpul liber ; e) capacitatea de a suporta pusiunile agresive față de sine sau față de alții, fără culpabilitate și fără ca aceasta să ducă la pierderea obiectului dragostei și f) capacitatea de a suporta doliul (Nacht, S., 1967, p. 167). Din analiza

acestor criterii rezultă clar un fapt semnificativ, caracteristic *teoriei vindecării* în viziunea psihanalizei: dispariția simptomelor nu constituie un indice de primă importanță în evaluarea progreselor făcute de pacient. Acest lucru diferențiază psihoterapia psihanalitică de majoritatea celorlalte metode, în care eforturile se concentrează asupra manifestărilor simptomatice. Spre deosebire de psihoterapia comportamentală, spre exemplu, care vizează decon condiționarea simptomelor bolii, neinteresându-se de cauzele care le-au generat, psihanaliza tinde spre „decon condiționarea” mecanismelor interne care au dus la apariția și dezvoltarea acestor simptome (ca mecanism adaptativ, parțial eșuat). În acest fel se afirmă (și experiența noastră ne-a confirmat-o, în majoritatea cazurilor) că riscul de îmbolnăvire al unei persoane care a încheiat cu bine o psihoterapie psihanalitică este sensibil egal cu riscul la care este expus orice individ „normal” pe parcursul existenței sale. Ceea ce, după opinia noastră, îndreptățește utilizarea termenului de „vindecare” în psihanaliză, deși celelalte metode de tratament în bolile psihice evită, poate în mod justificat, utilizarea acestei noțiuni.

3. Indicațiile terapeutice ale psihanalizei

Domeniul de aplicare al psihanalizei este cu predilecție cel al nevrozelor. În cazul psihopatiilor, al perversiunilor sexuale și al toxicomaniilor, aplicarea ei este mai restrinsă și depinde de capacitatea pacientului de a mai opera modificări în cadrul structurii personalității sale. În tulburările psihosomatice, psihanaliza clasică se aplică mai rar (anterior apariției leziunilor și numai cind există o clară componentă nevrotică), indicate fiind o serie de psihoterapii derivate din ea. În stările psihotice se utilizează adesea variante ale psihanalizei dintre care *analiza directă*, a lui N. Rosen, este cea mai cunoscută, cu aplicabilitate în stările schizofrenice (Rosen, N., 1960).

Categoria nosografică nu constituie decît unul din criteriile de stabilire a indicațiilor și a contraindicațiilor psihanalizei. Alături de acesta, la fel de importante sînt și criteriile naturii structurii Eu-lui pacientului, al vîrstei sale și al existenței, mai importante sau mai reduse, a unor *beneficii secundare* ale bolii, în raport cu familia și societatea. Atunci cînd individul obține mari „avantaje” din boala sa și mai ales cînd este integrat într-un sistem de relații nevrotice, de obicei în cadrul familial, motivația de vindecare nu are forța necesară pentru desfășurarea unui travaliu analitic complet. Un alt aspect, oarecum paradoxal la prima vedere, îl constituie și faptul că unii subiecți care suferă de tulburări psihice minore, deși încadrabile în sfera patologicului, au mai puțin șansa de a reuși într-o psihoterapie psihanalitică. Acest lucru se explică de asemenea printr-o motivație de vindecare redusă, insuficientă pentru a învinge dificultățile redutabile pe care le implică un astfel de tratament. În același timp, în stabilirea indicației de psihanaliză, trebuie ținut cont și de considerabilul efort pecuniar la care este supus pacientul, deoarece, în țările în care nu se beneficiază de asistență sanitară gratuită, psihoterapia psihanalitică constituie unul dintre cele mai costisitoare tratamente existente în bolile psihice. Pe de altă parte, eșecurile psihanalizei, exploatare din plin de adversarii săi, dar constituind totuși o realitate (după unele statistici în 40 % din cazuri), fac și mai dificilă luarea deciziei de a întreprinde un tratament psihanalitic. Referindu-se la aceste aspecte,

E. Glover afirma: „este stupid a pretinde că psihanaliza constituie un panaceum pentru toate tulburările umane... de a o considera... un instrument infailibil. Dar acesta nu este un motiv pentru a nu o aplica în cazuri dificile și chiar incurabile” (Glover, E., 1958, p. 301). Subscriind la această opinie, dorim totuși să ne întrebăm dacă, procentul de reușită (60%) nu ar cunoaște o cifră mai ridicată, în cazul în care ar exista mai puțini pacienți „selecționați”, prin forța împrejurărilor, după „criteriul” incurabilității prin alte metode de tratament.

Bibliografie

- Alexander, F., *Principes de psychanalyse*, Paris, Payot, 1970.
Alexander, F., French, T. M., *Psychothérapie analytique. Principes et applications*, Paris, P.U.F., 1959.
Bégoïn, J., *L'interprétation de la réalité psychique*, in: „Revue Française de Psychanalyse”, 5, 1982, p. 1003—1021.
Buvet, M., *Ecrits didactiques. Résistances — transfert*, Paris, Payot, 1968.
Fenichel, O., *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, P.U.F., 1953.
Freud, S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, P.U.F., 1973.
Freud, S., *La technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1972.
Glover, E., *Technique de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1958.
Klein, M., Heimann, P., Isacs, S. et Rivier, J., *Développements de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1966.
Nacht, S., *La thérapeutique psychanalytique*, in: *La psychanalyse d'aujourd'hui* (S. Nacht ed.), Paris, P.U.F., 1967, p. 123—168.
Rosen, J. N., *L'analyse directe*, Paris, P.U.F., 1960.
Selye, H., *The physiology and pathology of exposure to stress*, Montreal, Acta, Inc. 1950.

B. Psihoterapia de familie

1. Psihoterapia de familie în contextul psihoterapiilor tradiționale

Termenul de „psihoterapie de familie” conotează un grup cvasieterogen de teorii, cercetări și tehnici de intervenție terapeutică, orientate spre optimizarea relațiilor de familie, modificarea unor aspecte disfuncționale circumscrise din sistemul familial, valorificarea potențialului sanogenetic și de dezvoltare al microgrupului familial și al membrilor individuali ai familiei.

Spre deosebire de termenii „psihoterapie psihanalitică” sau „psihoterapie comportamentală”, termenul de „psihoterapie de familie” nu desemnează atât o *metodă* de tratament, cât servește la delimitarea lingvistică a domeniului investigat (familia) și a nivelului la care se operează modificările terapeutice.

Aserțiunea conform căreia „psihoterapia de familie nu este numai o metodă de tratament, ci și (mai ales) o *orientare clinică* ce include abordări terapeutice diferite” (J. Haley, 1976, p. 1881) se cere completată prin precizarea deosebirilor de principiu dintre terapiile familiale și psihoterapiile individuale. În acest sens, trebuie să subliniem că cele două tipuri diferite de abordare terapeutică vizează modificarea comportamentului simptomatic al pacientului, prin modalități complet deosebite. Modul de a opera al *psihoterapiilor tradiționale* constă în efortul de a schimba struc-

tura și funcțiile persoanei bolnave, astfel încât ea să devină capabilă de a acționa în mod normal asupra mediului social în care este integrată și de a interacționa cu acesta, într-un mod adaptativ-sanogenetic.

Spre deosebire de psihoterapiile individuale, *psihoterapia de familie se concentrează asupra schimbării structurii și funcționării sistemului familial*, astfel încât „acesta să devină, în raport cu persoana bolnavă, o matrice mai sănătoasă de existență și un factor social sanogenetic” (E. M. Pattison, 1980, p. 624).

Concretizînd, putem spune că psihoterapia de familie, ca mod de gîndire psihologică și ca sistem terapeutic, se caracterizează prin :

- abordarea familiei ca unitate de tratament;
- concepția despre personalitatea individuală, ca subsistem al unor relații interpersonale și grupale supraordonate, semnificativ interactive cu dezvoltarea normală sau patologică a acesteia;
- exercitarea unor influențe sistematice, focalizate asupra micro-grupului familial, conceput ca entitate a cărei funcționare este guvernată de legi sistemice;

— edificarea unui sistem teoretico-metodologic emergent de interpretare și terapie interacțională a tulburărilor psihice, concretizat în paradigma familial-sistemică a bolii psihice;

— utilizarea unor metode și tehnici specifice, orientate spre modificarea terapeutică a disfuncțiilor și fenomenelor psihopatologice familiale care exercită un rol decisiv în etiologia, evoluția și tratamentul psihofarmacologic al tulburărilor psihice individuale.

Situată, sub aspect principal, în opoziție cu psihoterapiile individuale, psihoterapia de familie își recunoaște numai parțial apartenența la psihoterapiile de grup. Aceasta nu numai datorită faptului că psihoterapia de familie s-a dezvoltat mai ales în clinică și mai puțin în cadrul terapiilor de grup (împrumutînd de la acestea tehnici izolate), ci și pentru că prin comparație cu grupul terapeutic, constituit în mod artificial, grupul familial posedă caracteristici proprii de coeziune, unitate și „permeabilitate” la influențe terapeutice. Aceste însușiri specifice ale grupului familial au la bază relațiile afective intense și motivarea optimă a membrilor, pentru ameliorarea pacientului. Sub acest unghi, este semnificativ faptul că „familia există ca grup înainte de terapie și statusul social, și că modelul comportamental au fost deja create în momentul instituirii terapiei... comunicarea fiind mai facilă, fiindcă membrii familiei au, în general același nivel sociocultural”. (G. Ionescu, V. Predescu, 1971, p. 437).

Prin raportarea la psihoterapiile de grup și cele individuale se evidențiază, de asemenea, faptul că „psihoterapia de familie analizează membrii grupului în mediul lor obișnuit, conflictele umane nu sînt considerate în mod izolat, ci în matricea interacțiunilor și schimburilor strînse ce au loc între ei în fiecare zi” (*ibidem*).

2. Abordarea bolii psihice din perspectiva psihoterapiei de familie

Modul original în care psihoterapia de familie abordează problemele bolii psihice este, pe de o parte, rodul acumulării unor observații clinice și al unor date de cercetare psihopatologică, pe de altă parte, rezultatul includerii în gîndirea psihiatrică a perspectivei ecologice, sistemice și psihoso-

ciale. Noile date din domeniul psihologiei, ecologiei, teoriei generale a sistemelor vii evidențiază necesitatea unei noi înțelegeri a persoanei, în ipostaza sa patologică sau normală, *ca ansamblu dinamic bio-psiho-social*, dar și *ca parte* a mediului sociocultural. Din această perspectivă, interacțional-integrativă, comportamentul individual poate fi interpretat „ca răspuns la un set complex de reguli constante și predictibile care guvernează grupul său familial, chiar dacă aceste reguli nu sunt cunoscute în mod conștient de el sau de familie” (Virginia Satir, 1967, p. 9).

Psihoterapia de familie realizează o sinteză explicativă a bolii psihice, integrând într-o viziune unitară aspectele individuale și cele relaționale ale personalității bolnavului psihic. Sub acest unghi psihoterapia de familie adoptă „o interpretare complexă a dezordinii psihiatrice ca fenomen familial, ca rezultat a multiplelor perturbări interdependente, interacționale și cu emergență în serii, de-a lungul timpului” (N. Ackerman, M. Behrens, 1974, p. 38). Din această perspectivă pentru desemnarea individului care solicită tratament psihiatric, psihoterapeuții folosesc termenul de „pacient primar” sau „pacient identificat”.

Existența unor posibile tulburări psihice (nevrotice sau nevrotiforme) la membrii familiei pacientului a fost remarcată și de psihiatrie. Aceasta consideră însă, numai un aspect limitat al relației patogene dintre bolnav și familie, interpretând fenomenele patologice ale pacienților „secundari” ca *reactive* la tulburările psihice și comportamentale ale pacientului identificat. Deși nu ignoră acest aspect, psihoterapia de familie consideră că tulburările psihice ale membrului simptomatic și cele subclinice sau manifeste ale aparținătorilor sunt *congenere*, ele fiind explicate „ca produsul unei perturbări a familiei totale” (M. Bowen, 1975, p. 370). Prin aceasta, psihoterapia de familie extinde cadrul înțelegerii bolii psihice de la individ la contextul relațiilor sale familiale, subliniind legătura etiopatogenetică dintre disfuncțiile familiale și simptomatologia individuală. În acest cadru, psihoterapia de familie creează premisele completării necesare a diagnosticului psihiatric tradițional, cu elemente de ordin interacțional.

Una din insuficiențele diagnosticului nosografic, individual, este inoperanța sa din punctul de vedere al terapiei, faptul că el nu include în sine indicații specifice pentru alegerea mijloacelor de tratament. Decenștrarea demersurilor diagnostic-terapeutice de la abordarea individuală la o abordare interacțională, dinamică, are drept consecință orientarea acțiunii terapeutice spre modificarea simultană a stării pacientului și a relațiilor lui familiale.

Psihoterapia de familie se situează într-o antiteză stimulatorie față de psihiatria tradițională și *sub aspectul obiectivelor acțiunii terapeutice*. Spre deosebire de psihiatrie, care se centrează asupra aspectelor *patologice și individuale* în special, psihoterapia de familie își focalizează investigațiile și acțiunile atât asupra *aspectelor restant-indemne* ale personalității pacientului, cât și asupra membrilor sănătoși ai familiei. Acest demers terapeutic se sprijină pe premisa că membrii familiei vor să fie răspunzători și utili unul celuilalt și că pentru a transforma atmosfera familială, din psihopatogenă în sanogenetică, este mai eficient să te sprijini pe un grup de membri sănătoși ai familiei, decât pe forțele bolnavului. O astfel de orientare reflectă un nou aspect al contribuției originale a psihoterapiei de familie și impune „redefinirea fundamentală a însăși sarcinii terapeutice” (J. Kovel, 1976, p. 184).

Noua atitudine față de diagnosticul și terapia bolilor psihice, pe care o imprimă psihoterapia de familie, atrage după sine o *modificare de atitudine față de responsabilitatea medicală*. Din această perspectivă, psihiatrul nu poate să-și considere îndeplinite atribuțiile medicale dacă se ocupă numai de remisiunea simptomatologiei individuale, demersurile sale psihoterapeutice trebuie să se extindă de la pacientul identificat la ceilalți membri ai familiei. Necesitatea acestei reorientări a responsabilității terapeutice este argumentată de existența fenomenelor de *contagiune emoțională și balans simptomatic* în familiile bolnavilor psihici și de fenomenul de *rezistență familială* față de ameliorarea simptomatică a bolnavului tratat.

Psihoterapia de familie preconizează necesitatea ca modificarea terapeutică a proceselor intrapsihice ale individului să fie însoțită de modificarea sanogenetică a patternurilor sale de relaționare cu persoanele cu care el este în mod real interactiv. Situându-se pe această poziție, psihoterapia de familie își exprimă adeziunea teoretico-terapeutică față de adevărul legic că: „patternurile de interacțiune în care intră oamenii sint... legate de dinamicele lor individuale” (E. T. Gendlin, 1975, p. 286). În virtutea integrării acestei concepții, psihoterapia de familie abordează *familia cu pacient, ca familie-pacient*, acționând simultan asupra nivelului individual-intrapsihic și interpersonal-relațional al organizării personalității bolnavului. Prin rezultatele sale terapeutice, psihoterapia de familie demonstrează că nu numai individul, ci și relațiile sale sint patologice și că fenomenele de psihopatologie individuală și familială sint laturi complementare ale unor procese sistemice și psihosociale, complexe și dinamice.

Aserțiunile de mai sus se cer completate cu precizarea că din punct de vedere gnoseologic, opoziția dintre *modelul medical* al bolii psihice și *modelul familial*, elaborat din perspectiva psihoterapiei de familie, nu este absolută. În psihiatria contemporană, nosografia (ca produs al unei importante etape de cunoaștere) continuă să reprezinte un sistem de referință fundamental. Înțelegerea persoanei bolnave din perspectiva familiei reclamă însă relativizarea reperelor semiologice și nosografice, prin integrarea lor într-un model explicativ mai complex și mai dinamic.

Modelul familial nu susține renunțarea la ideea de „individ-pacient”, ci impune abordarea acestuia ca subsistem al sistemului familial, ca termen al unor complexe raporturi supraordonate. Procesualitatea intrapsihică este doar o ipostază a personalității individului bolnav. Explorarea ei prin prisma nosografiei și semiologiei se cere completată prin investigația specifică a structurilor mai complexe care o includ și cu care interacționează, structuri superior organizate de natură interpersonală. Sub aspect practic, clinic, adeziunea la acest model explicativ se concretizează în faptul că „sarcina terapeutului de familie este de a modifica relațiile perturbate între membrii familiei, astfel încît să facă să dispară comportamentul simptomatic” (V. D. Foley, 1978, p. 460).

Prin integrarea sintetică a unor paradigme de gîndire sistemică și psihosocială, concepția familială consideră că atunci cînd explicăm cazul psihiatric, nu trebuie să ne limităm la o imagine statică (pe care nosografia o facilitează), ci să trecem fără încetare de la individ, ca ansamblu de trăsături, conduite, simptome etc. la relațiile sale interpersonal-familiale, și invers. Din acest punct de vedere devine explicit faptul că modelul medical al bolii psihice și modelul interpersonal-familial se află într-o relație de complementaritate, cu reale valențe epistemologice și practice-terapeutice.

3. Aplicații ale psihoterapiei de familie în clinică

Adeziunea la modelul familial-sistemic al înțelegerii bolii psihice și la postulatul interacțiunilor complexe dintre familie și individ în situația de boală constituie fundamente ale abordării prin psihoterapie de familie a oricărei entități nosografice din psihiatrie. Mai mult, recunoașterea rolului stressant al bolii asupra familiei și a necesității restructurării relațiilor familiale în funcție de membrul bolnav justifică instituirea psihoterapiei de familie și în unele afecțiuni psihosomatice, neurologice sau în cazurile unor familii confruntate cu o boală ce prezintă o evoluție fatală.

Prin focalizarea asupra modificării terapeutice a relațiilor individ-familie, psihoterapia de familie se înscrie, de asemenea, în cadrul orientării profilactice a medicinei contemporane, a cărei „sferă de interese se deplasează din ce în ce mai mult de la afecțiunile psihice majore către cele minore, de la formele grave, infirmizante către cele fruste, incipiente, de la asistența de tip instituțional către cea ambulatorie” (St. Milea și col., 1978, p. 25).

3.1. *Psihoterapia de familie în schizofrenii* a luat naștere și s-a dezvoltat din activitatea psihiatrilor care au intuit rolul factorilor psihologici familiari în apariția psihozelor discordante și au căutat, ca prin studii sistematice, să descopere etiologia familială a acestor tulburări. Fără a ajunge la rezultate elocvente, aceste cercetări au determinat o „mutație” de la efortul de a descifra etiologia psihozelor discordante la examinarea impactului relațiilor familiale asupra evoluției pacientului schizofren. Deși ipoteza după care modificarea sistemelor familiale patologice ar fi susceptibilă de a determina reversibilitatea proceselor discordante a fost infirmată, clinica schizofreniilor a continuat să constituie domeniul de elecție al aplicării psihoterapiei de familie. Aceasta deoarece numeroase cercetări au demonstrat că „indiferent de sistemul teoretic adoptat și de tehnicile utilizate, psihoterapia de familie poate modifica pozitiv evoluția pacienților schizofreni aflați sub tratament farmacologic de întreținere” (J. A. Doane și col., 1981, p. 679).

Starea afectivă a familiei și influența acesteia asupra evoluției pacientului identificat a fost ilustrată și prin cercetarea ratei recăderilor. Astfel, s-a subliniat faptul că „atmosfera emoțională din mediul familial este cel mai bun predictor al recidivei după tratamentul pentru o schizofrenie floridă” (G. W. Brown și col., 1972, p. 256). Acest fapt a fost ilustrat de studiile efectuate atât asupra pacienților discordanți, externați după remisiunea simptomatologiei acute, cât și asupra familiilor acestora. Astfel, C. S. Vaughn și J. P. Leff (1976) au demonstrat că rata decompensării la pacienți care conviețuiau cu rude ce manifestau o „expresie emoțională negativă intensă” (*high-EE*) a fost de 92 %, comparativ cu numai 15 %, la pacienți care s-au întors după externare în familii cu „expresie emoțională redusă” (*low-EE*). Acest rezultat a putut fi modificat prin instituirea psihoterapiei de familie la pacienții din prima categorie, astfel încât s-a putut obține reducerea la jumătate a ratei decompensărilor. De asemenea, s-a constatat că prin combinarea medicației fenotiazinice cu reducerea contactului dintre pacienți și rudele ce prezentau *high-EE* s-a putut obține o rată a decompensărilor aproape tot atât de redusă, ca și aceea a pacienților din familii *low-EE*.

Astfel de studii nu numai că demonstrează caracterul necesar al investigației și psihoterapiei familiei cu un pacient schizofren, ci sugerează și câteva strategii terapeutice importante. Dintre acestea, reținem oportunitatea reducerii contactului dintre pacientul discordant și membrii familiei sale care prezintă sentimente și atitudini intens negative (*high-EE*) și necesitatea inițierii active de schimbări la nivelul sistemului familial, care să ducă la diminuarea expresiei emoționale excesive și a atmosferei tensionate.

Aplicându-se psihoterapia de familie în postcura unor pacienți discordanți, s-a demonstrat de asemenea că „medicația fenotiazinică însoțită de tratament familial joacă un rol semnificativ în diminuarea ratei decompensărilor la schizofreni tineri, după externare” (M. J. Goldstein, 1981, p. 33). Comparativ cu pacienții tratați exclusiv psihofarmacologic, pacienții psihotici tineri integrați în psihoterapie de familie au prezentat o simptomatologie reziduală mai discretă, în special sub aspectul aplatizării afective și izolării sociale.

În cursul psihoterapiei de familie au fost semnalate efecte terapeutice specifice și nespecifice. *Efectele terapeutice specifice* au constat în menținerea ameliorărilor simptomatice în sfera ideativă. S-a arătat astfel că, s pre deosebire de pacienții care au fost incluși în psihoterapie de familie, ceilalți, deși tratați cu doze mari de fenotiazine, au înregistrat o recidivă a ideatiei delirante, într-un interval de numai șase luni de la externare. *Efectele nespecifice ale psihoterapiei de familie* (concretizate în reducerea simptomelor afective, ca izolarea, depresia postpsihotică și anxietatea din faza postacută a schizofreniei) au fost consecința menținerii relației terapeut-pacient-familie și a intervenției psihoterapeutice orientate spre diminuarea tensiunii emoționale familiale.

Psihoterapia de familie în schizofrenii beneficiază în prezent de progrese importante datorate preluării și integrării în procesul terapeutic a unor *metode și tehnici din psihoterapia comportamentală*. În acest sens, s-a relevat importanța programelor educative destinate familiilor cu un pacient psihotic, ce conțin informații necesare despre natura bolii, caracteristicile evoluției acesteia, importanța tratamentului farmacologic, prognosticul pacientului și atitudinile familiale susceptibile de a contribui la ameliorarea și reinsertia socială a pacientului schizofren. Astfel, în unele programe terapeutice speciale destinate familiilor cu un copil schizofren au fost incluse, alături de intervențiile educative sistematice, tehnici de modificare a comportamentului, de antrenament al comunicării intrafamiliale normale și metode de rezolvare a problemelor. Intervențiile focalizate asupra proceselor de comunicare au vizat îmbunătățirea expresiei emoționale pozitive, învățarea membrilor familiei cu privire la comunicarea verbală clară și formularea explicită a unor dorințe sau solicitări specifice, învățarea ascultării active a mesajelor verbale care li se adresează și potențarea aptitudinilor sociale. În același sens, au fost inițiate intervenții psihoterapeutice specifice care au avut ca scop reducerea stresului familial prin însușirea sistematică a unor metode de *problem solving* care au cuprins identificarea adecvată a problemelor familiale, analiza strategiilor alternative de rezolvare a problemelor, evaluarea consecințelor posibile ale unor decizii familiale, elaborarea unor planuri de realizare a scopurilor adoptate.

Prin combinarea consilierii familiale cu metodele de modificare a comportamentului și a unor tehnici specifice psihoterapiei de familie s-a

realizat intensificarea suportului terapeutic al membrilor familiei, diminuarea stressului prin îmbunătățirea proceselor de comunicare și controlul sistematic al medicației de întreținere. Se consideră că prin asocierea acestor procedee psihagogice și psihoterapeutice se realizează „reducerea semnificativă a ratei recidivelor la pacienții schizofreni, concomitent cu creșterea potențialului sanogenetic și a funcționării normale a familiei” (I. R. H. Falloon, 1981, p. 54).

3.2. *Psihoterapia de familie în psihozele afective.* Abordarea psihoterapeutică familială a pacienților cu psihoze afective (uni- sau bipolare) are ca premise: — eșecurile repetate ale psihoterapiei individuale (efectuate chiar în perioade intercritice) la acești pacienți; — observația că majoritatea reinternărilor pacienților cu psihoze afective se datorează noncompliancei la medicație; — faptul că cel puțin 20 % din pacienții diagnosticați ca având o psihoză afectivă nu reacționează la nici unul din tratamentele farmacologice cunoscute; — observația comună conform căreia efectele acestei boli au un profund impact psihologic asupra membrilor familiei, cei mai mulți dintre pacienții depresivi psihotici prezentând eșecuri de integrare sociofamilială și un înalt potențial suicidal.

Pe baza acestor premise și a cunoașterii particularităților tabloului clinic și ale evoluției psihozelor afective, au fost inițiate programe terapeutice destinate cuplurilor conjugale cu un pacient bipolar. Acest mod de abordare a oferit soluții terapeutice multor probleme insolubile într-o relație terapeutică medic-bolnav, focalizată asupra medicației. Astfel, s-a constatat că angajarea partenerului conjugal în procesul terapiei duce la îmbunătățirea compliancei față de medicație, prin contracararea tendinței bolnavului de a modifica prescripția sau de a nu-și administra medicamentul. De asemenea, s-a constatat o reducere a anxietății legate de exprimarea emoțiilor negative și o creștere semnificativă a comunicării empatică dintre parteneri. Desfășurarea psihoterapiei în mod simultan cu mai multe cupluri cu un partener bipolar a avut ca efect suportul membrilor în confruntarea cu situația dificilă de a fi „stigmatizați” de o boală considerată genetică și încurajarea comportamentelor sociale dezirabile.

Combinarea psihoterapiei de familie cu tratamentul de menținere cu carbonat de litiu a dus la demonstrarea avantajelor acestei modalități terapeutice comparativ cu terapia psihotropă. Astfel, într-un studiu de urmărire pe o durată de patru ani, pacienții „nu au prezentat decompensări și nici fenomene de dezorganizare familială” (Yolande Davenport, 1981, p. 141). Și alte studii ilustrează că bolnavii care au beneficiat de terapie combinată (litu + psihoterapie de familie), spre deosebire de cei tratați exclusiv psihofarmacologic, au prezentat o reducere a ratei decompensărilor, a actelor suicidare și a dezorganizării familiale.

Studiile de acest tip ilustrează eficiența psihoterapiei de familie într-una din entitățile nosografice psihiatrice cu incidență crescută, evoluție ciclică și cu consecințe severe asupra pacientului și familiei sale, oferind tratamentului farmacologic exclusiv și psihoterapiilor tradiționale un model alternativ de tratament combinat, care prin rezultatele sale incită la reflexie și adoptare.

— *Psihoterapia de familie în psihozele depresive la mame.* Din perspectiva igienei psihice și psihoprofilaxiei, problema bolii psihice la mame în perioada primilor ani de viață a copiilor reprezintă o preocupare de importanță majoră. Semnificația problemei rezidă în impactul psihologic

hotărîtor al primelor relații mamă-copil și în efectul de diminuare, pe care boala psihică severă îl are, asupra aptitudinilor și conduitelor de maternaj.

Studiile asupra acestei probleme au demonstrat că depresia maternă, care survine mai ales în timpul primilor doi ani de viață ai unui copil, este asociată cu o tendință crescută spre depresie psihică a acestuia. Totodată, studiile psihologice efectuate asupra copiilor cu mame depresive au ilustrat că aceștia „prezintă întârzieri în dezvoltarea intelectuală, tulburări prosexice și imaturitate emoțională” (B. Cohler și col., 1977, p. 133), ceea ce a determinat inițierea unor programe psihoterapeutice speciale destinate mamelor cu depresie severă și copiilor lor.

Principalele obiective ale programelor de învățare și psihoterapie au fost :

- sprijinul mamei și copilului în a-și stabiliza viața de zi cu zi prin asigurarea complianței la medicație, care să prevină respitalizările și prin asigurarea unui program riguros zilnic al interacțiunilor mamă-copil ;

- sprijinul mamei în a stabili o relație afectivă reciprocă cu copilul prin învățarea unui pattern de îngrijire a acestuia, corespunzător ritmului și nevoilor sale bazale ;

- sprijinul mamei în a-și clarifica propriile nevoi afective, pentru ca asigurînd satisfacerea lor, să devină aptă de angajarea afectuoasă în relația cu copilul ;

- descoperirea și sprijinul activităților comune ale copilului și mamei, care oferă acesteia sentimente de satisfacție, relaxare și bună dispoziție ;

- sprijinul mamei, prin ședințe individuale și de grup, orientate spre conștientizarea și acceptarea sentimentelor sale ambivalente față de copil.

Prin urmărirea sistematică a acestor obiective s-a evidențiat realismul metodei abordării familiale a depresiilor psihice la mame și necesitatea extinderii acestui mod de abordare, în scopul prevenirii tulburărilor severe în dezvoltarea psihică a copiilor expuși riscului de îmbolnăvire printr-o relație mamă-copil nesatisfăcătoare. Devine evident faptul că cel mai eficient tratament în astfel de situații constă în asocierea terapiei mamei cu psihoterapia intensivă centrată asupra relațiilor ei cu copilul. În acest mod, se obține modificarea terapeutică a „cercului vicios al relațiilor mamă-copil, întrucît ameliorarea simptomelor mamei duce la o mai bună îngrijire a copilului, care devine simultan mai ușor de îngrijit și mai sănătos” (Judith S. Musick și col., 1981, p. 118).

3.3. Psihoterapia de familie în alcoolism. Identificarea unor patternuri familiale specifice în alcoolism și necesitatea unor intervenții familiale adecvate constituie o preocupare relativ nouă a psihoterapeuților de familie. Această abordare este argumentată de observația constantă că, indiferent de sistemul familial, alcoolismul constituie un stress major asupra membrilor individuali ai familiei, ca și asupra familiei ca întreg.

Relația psihopatogenă dintre alcoolism și familie prezintă un dublu aspect. a) Pe de o parte, comportamentul alcoolicului interferează cu îndeplinirea normală a sarcinilor familiale, generează conflicte și necesită din partea membrilor familiei răspunsuri adaptative la o situație anormală. De asemenea, evoluția alcoolicului (spre deteriorare cognitivă, degradare socioprofesională și îmbolnăvire somatică) creează permanent perturbări în structura și funcționarea familiei, generînd frecvent situații de criză în relațiile intrafamiliale. b) Pe de altă parte, conflictele conjugale și familiale pot deveni ele însele factori cu efect psihopatogen asupra alcoolicului prin evocarea, exacerbarea sau menținerea conduitei adictive „ca

simptom al disfuncției sistemului familial, ca mecanism de evitare a tulburărilor familiale și ca o consecință a stilului familial disfuncțional, a regulilor și patternurilor abuzului de alcool” (E. M. Pattison, E. Kaufman, 1981, p. 207).

Psihoterapia de familie în alcoolism are ca obiectiv prioritar întreruperea patternului consumului de alcool prin antrenarea întregii familii în procesul de inițiere a dezintoxicării. Ea se bazează pe motivația pozitivă și resursele sanogenetice ale membrilor sănătoși ai familiei și mai puțin pe disponibilitățile de schimbare terapeutică ale alcoolicii.

Intervențiile terapeutice familiale în cazurile de alcoolism se sprijină pe tehnici de evitare sau minimalizare a conflictelor manifeste, redefinirea și consolidarea unor relații normale de rol, precum și pe unele modificări ale tehnicilor de psihoterapie de familie în sensul adaptării lor la specificul problemelor puse de abuzul de alcool. În această direcție se înscriu hiperimplicarea terapeutului în viața familiei alcoolicii și utilizarea istoriei familiale cu evitarea sistematică a blamului, culpabilizării sau încurajării sentimentelor de disperare și abandon. De asemenea, un rol important revine evidențierii patternurilor familiale repetitive, ca aspecte neadaptative ale răspunsului familiei la conduita adictivă.

Incidența îngrijorător de crescută a alcoolismului în populația generală, „estimată între 5 și 10 %” (D. I. Davis, 1981, p. 233), precum și instituirea acestei tulburări ca factor de risc în raport cu descendenții, impun o mai directă implicare în rezolvarea autentică și de durată a dependenței de alcool și a perturbărilor familiale corelate cu aceasta. Sub acest unghi, se evidențiază necesitatea completării studiilor de caz și a psihoterapiilor de familie inițiate la un număr redus de cazuri cu programe terapeutice ample, cu o metodologie riguroasă și o eficiență curativă extinsă asupra unui număr cât mai mare de familii confruntate cu abuzul sau dependența de alcool.

4. Combinarea psihoterapiei de familie cu psihofarmacologia ; implicații asupra muncii de echipă psihiatru-psiholog în clinică

Evoluția gândirii psihiatrice și progresele înregistrate în domeniile psihofarmacologiei și psihoterapiei au demonstrat că formularea problemei relației dintre tratamentul medicamentos și terapiile psihologice în termenii opțiunii exclusive pentru unul sau altul din procedeele terapeutice este un mod eronat de abordare și generează false soluții. Actualmente, în abordarea concretă a situației clinice nu se pune întrebarea asupra valorii teoretice a uneia sau alteia dintre cele două metode terapeutice. Dimpotrivă, ideea electivității unei metode este înlocuită cu aceea a oportunității aplicării ei, a condițiilor și factorilor în care psihoterapia de familie și psihofarmacologia își potentează sau își completează reciproc efectele. Acest mod realist de reformulare a problemei relației dintre terapia psihotropă și psihoterapie are la bază acceptarea axiomei că evoluția tulburărilor psihopatologice majore este influențată atât de factori biologici, cât și de factori psihologici.

Din această perspectivă, se evidențiază *principalele dimensiuni ale interacțiunii dintre cele două metode* și implicit, relațiile de complementaritate dintre terapia psihotropă și psihoterapia de familie. În acest context,

s-a evidențiat faptul că *cele două mijloace terapeutice produc modificarea diferențiată a manifestărilor clinice*. În timp ce medicația psihotropă acționează asupra unor simptome bine circumscrise, în fazele acute ale bolii pacientului identificat, psihoterapia de familie își demonstrează eficiența în controlul unor tulburări cu caracter difuz, profund legate de ansamblul personalității pacientului și de relațiile sale interpersonale și familiale. Sub acest unghi, analiza cazurilor proprii confirmă faptul că psihoterapia de familie „este posibilă numai datorită controlului prin medicație al principalelor aspecte distructive și major perturbatoare ale bolii” (J. M. Davis, J. O. Cole, 1976, p. 1921).

În același timp, experiența combinării celor două modalități terapeutice a evidențiat faptul că *psihoterapia de familie poate produce modificări în evoluția intercritică a pacientului*, în calitatea remisiunii, mai ales sub aspectul ameliorării relațiilor interpersonale și al adaptării sociale și școlare, zone în care eficiența terapiei psihotrope este discretă și nespecifică.

Combinarea psihofarmacologie-psihoterapie duce la o modificare a responsabilității echipei terapeutice, prin creșterea nivelului de aspirație în legătură cu eficiența actului medical. În acest sens, adăugarea psihoterapiei de familie la medicația psihotropă are semnificația opțiunii pentru *extinderea efectelor terapeutice de la scopul remisiunii simptomatice la ameliorarea unor aspecte structural-personologice mai complexe ale pacientului și familiei sale*. Extinderea și nuanțarea intervenției terapeutice asupra „simptomelor-țintă” are ca efect individualizarea la maximum a demersului ortotimizant, de recuperare și reinsertie socială a pacientului identificat și de reluare la parametri normalizați a procesului de dezvoltare a personalității bolnavului.

Din punctul de vedere al stadializării bolii psihice menționăm caracterul prioritar al administrării medicației în faza acută a bolii, psihoterapiei de familie revenindu-i rolul investigației implicațiilor familiale în debutul și potențarea simptomatologiei, intervenția suportivă adresată familiei în situația de „criză” și asigurarea compliancei față de medicație. Pe măsura remisiunii simptomelor acute, rolul psihoterapiei de familie crește, obiectivele sale terapeutice trecind în prim planul intervențiilor. Corectarea disfuncțiilor familiale susceptibile de a dezvolta simptomatologia pacientului contribuie nu numai la *menținerea și potențarea efectelor terapeutice ale medicației psihotrope*, ci și la *obținerea unor modificări psihologice diferite calitativ de cele induse prin psihotrope*.

Prin modificarea ponderii relative a celor două modalități terapeutice (de la prioritatea terapiei psihotrope și intervenția familială minimă în faza acută, la administrarea unor doze minime de neuroleptice cu intensificarea psihoterapiei de familie, în faza de remisiune sau intercritică) se realizează deci nu numai *potențarea reciprocă a efectelor terapeutice*, ci și *completarea tabloului clinic al remisiunii*, cu modificări terapeutice calitativ noi, imposibil de realizat prin aplicarea exclusivă a fiecărei metode.

Psihofarmacologia și psihoterapia de familie se adresează unor *niveluri diferite ale organizării personalității pacientului*. Terapia psihotropă are ca obiectiv modificarea aspectelor *patologice ale personalității pacientului considerat izolat*. Sub acest unghi, pacientul este abordat ca entitate distinctă, purtătoare a patologiei psihiatrice, iar medicația psihotropă utilizează *mecanisme de acțiune de natură biologică*. În mod complementar, psihoterapia de familie abordează bolnavul ca subsistem al sis-

temului familial, în care tulburările psihice ale membrului simptomatic și cele subclinice ale aparținătorilor sînt considerate congenere și interdependente. Interpretînd manifestările psihopatologice ca produsul unor perturbări la nivelul familiei ca întreg, psihoterapia de familie vizează încă din investigația anamnestică, legăturile etiopatogenice dintre disfuncțiile familial-interpersonale și simptomele pacientului. *Mecanismele de acțiune* ale psihoterapiei de familie sînt, în consecință, *de natură psihosocială*, iar obiectivele ei vizează nivelul relațional, interpersonal al integrării personalității pacientului.

Sub acest unghi, combinarea terapiei psihotrope cu psihoterapia de familie valorifică practic *relația de unitate dialectică dintre psihodinamica individuală și patternurile de interacțiune* în care este inclus pacientul identificat. În virtutea acestei relații legice, modificarea terapeutică a proceselor intrapsihice (și implicit ameliorarea simptomatică sub influența psihotropelor) necesită completarea cu intervenții terapeutice la nivel familial, care să producă schimbarea sanogenetică a patternurilor de relaționare dintre pacient și persoanele semnificative cu care se află în continuă interacțiune.

Experiența noastră a demonstrat în mod convingător că prin *combinarea celor două modalități terapeutice se asigură acțiunea lor conjugată și aditivă* asupra nivelului individual-intrapsihic și asupra celui interperpersonal-relațional al personalității pacientului, aceasta argumentînd aserțiunea inițială că fenomenele de psihopatologie individuală și cele familiale sînt *laturi complementare ale unor procese unice*, de natură sistemică și psihosocială, cu un pregnant caracter dinamic.

Din perspectiva activității practice și a integrării în munca de echipă psihiatru-psiholog, considerațiile asupra combinării terapiei psihotrope cu psihoterapia de familie au *profunde implicații în definirea rolului și statutului de psiholog clinician*. Sub acest unghi devine evident că domeniul psihologiei și psihoterapiei de familie, prin bogăția sa fenomenologică și prin multitudinea problemelor și situațiilor practice care solicită asistență calificată, demonstrează în mod pregnant rolul esențial al psihologului în rezolvarea unor probleme fundamentale ale bolnavului psihic și familiei sale.

Bibliografie

- Ackerman, N. W., Behrens Marjorie, *Family Diagnosis and Clinical Process*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.) New York, Basic Books, 1974, vol. I, 31—52.
- Anthony, E. J., Benedek, T. (eds.), *Depression and Human Existence*, Boston, Little, Brown, 1975.
- Bowen, M., *Family Therapy after Twenty Years*, în : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti ed.), New York, Basic Books, 1975, vol. V, 367—392.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. R., *Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : A replication*, „Br. J. Psychiatry”, 1972, 121, p. 241—258.
- Cohler, B. et al., *Disturbance of attention among schizophrenic, depressed and well mothers and their young children*, „J. Child Psychol. Psychiatry”, 1977, 18, p. 115—135.
- Davenport, Yolande, *Treatment of the Married Bipolar Patient in Conjoint Couples Psychotherapy Groups*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 123—144.
- Davis, D. I., *Special Problems in Family Therapy Posed by Alcohol Abuse*, în : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky, ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 231—248.
- Davis, J. M., Cole, J. O., *Antipsychotic Drugs*, în : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A.M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadoc, eds. Baltimore, Williams-Wilkins, vol. II, p. 1921—1941.

- Doane, J. A. et al., *Parental Communication Deviance and Affective Style*, „Arch. Gen. Psychiatry”, 1981, 38, p. 679—685.
- Falloon, I. R. H., *Communication and Problem-Solving Skills Training with Relapsing Schizophrenics and Their Families*, in : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 35—56.
- Foley, V. D., *Family Therapy*, in : *Current Psychotherapies* (R. J. Corsini et al. eds.), Itasca, Illinois, F. E. Peacock Publishers, 1978, p. 460—499.
- Gendlin, E. T., *The Newer Therapies*, (n : *American Handbook of Psychiatry* (S. Arieti, ed.), New York, Basic Books, 1975, vol. V, p. 268—289.
- Goldstein, M. J., *Family therapy during the aftercare treatment of acute schizophrenia* in : *The Psychotherapy of Schizophrenia* (J. Strauss et al., eds.), Plenum Press, New York, 1981.
- Haley, J., *Family Therapy*, in : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock eds.), Baltimore, Williams-Wilkins, 1976, p. 1881—1886.
- Ionescu Aurelia, *The family of the schizophrenic patient — a clinical psychological study from the family therapy point of view*, „Revue roumaine des sciences sociales. Serie Psychologie” 1983, 27, 1, p. 73—86.
- Ionescu, Aurelia, *The Psychiatric Patient's Family and its Psychological Problems*, „Revue Roumaine des Sciences Sociales, Série de Psychologie”, 1984, 28, 2, p. 153—166.
- Ionescu, G., Predescu V., *Family Psychotherapy — The Pattern of Group Psychotherapy*, in : „Psychiatry — the Vth, World Congress of Psychiatry”. Mexico, 1971, p. 434—438.
- Kovel, J., *A Complete Guide to Therapy. From Psychoanalysis to Behavior Modification*, New York, Pantheon Books, 1976.
- Milea St. și col., *Chestionar-screening aplicabil în studiile de epidemiologie a bolilor psihice la populația infantilă din mediul urban*, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie”, 1978, 23, 1, p. 25—37.
- Musick, Judith et al., *Posthospital Treatment for Psychotic Depressed Mothers and Their Young Children*, in : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 91—121.
- Pattison, E. M., *Social Systems Psychotherapy*, in : *The Psychotherapy Handbook* (R. Herink, ed.), New York, American Library, 1980, p. 624—628.
- Pattison, E. M., Kaufman, E., *Family Therapy in the Treatment of Alcoholism*, in : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky, ed.), New York, London, Grune-Stratton, 1981, p. 203—230.
- Satir, Virginia, *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto, California, Science and Behavior Books, 1967.
- Vaughn, C. E., Leff, J. P., *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness : A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*, „Br. J. Psychiatry”, 1976, 129, p. 125—137.

C. Consilierea psihologică

1. Evoluția și diferențierea conceptului de consiliere psihologică

Consilierea — mergind de la simpla „sfătuire” pînă la folosirea persuasiunii și a sugestiei — a fost utilizată, în mod empiric, din cele mai vechi timpuri. Au folosit-o și o folosesc încă : părinții față de copiii lor, mai vîrstnicii față de cei tineri, învățătorii și profesorii față de elevi, medicii la solicitarea pacienților, în general, cei cu o experiență de viață mai bogată și cunoștințe mai numeroase, în relațiile lor cu cei mai puțin experimentați și cunoscători în problemele vieții.

Întrebuințarea sistematică, organizată și instituționalizată a consilierii psihologice (*psychological counseling*) este însă de dată mai recentă. Ea își are originile în mișcarea de orientare profesională (*vocational guidance*) care începe să se dezvolte în deceniul premergător primului război mondial (Kiton, 1958 — apud A. Anastasi, 1979, cap. 15, R. M. Goldenson, 1970, p. 267—270). Biroul de „consiliere a părinților și tinerilor în alegerea profesiei”, înființat de Stocker în Elveția, la Basel, în 1917 (cf. C. Botez, 1971, p. 113) și cel creat de Parsons în S.U.A., la Boston, în 1908 (*Vocational Bureau*) pentru consilierea adolescenților în alegerea profesiei po-

trivite cu aptitudinile lor (H. Parsons, *Choosing a vocation*, London, 1909), precum și cele înființate de Christiaens și Decroly în Belgia, la Bruxelles, în 1912 și de Chaintreau la Paris și de Claparède și Bovet la Geneva, în anii imediat următori — sînt primele de acest gen din lume și ele vor constitui germenii din care se va dezvolta, între cele două războaie mondiale, o vastă rețea de instituții dedicate orientării profesionale, consilierii vocaționale (Piéron, 1960, I, p. 342—343; Reuchlin, 1971, I, p. 41; S. Boyer, în Lafon, 1973, p. 614—616).

Conceptul de consiliere s-a extins însă treptat asupra unei largi varietăți de probleme umane, sub presiunea necesităților și a solicitărilor crescînde de asistență specializată, în școlile de toate gradele, în instituții și întreprinderi, în armată, spitale, centre de recuperare etc.

Pînă în 1945, domeniul psihologiei consilierii se dezvoltase în așa măsură în Statele Unite ale Americii încît a devenit o secție separată a Asociației Psihologilor Americani (APA) — *Division of Counseling Psychology* — alături de cele de psihologie clinică, psihologie școlară și psihologie educațională (Anastasi, 1979, p. 400; Goldenson, 1970, p. 267), iar în 1969, conform unei statistici (Jones, 1969), 11 % din totalul psihologilor americani lucrau în acest domeniu, psihologia clinică, psihologia consilierii, psihologia școlară și educațională întrunind împreună 63 % din totalul psihologilor (37 % psihologia clinică, plus 26 % psihologia consilierii, psihologia școlară și cea educațională) (cf. Hilgard et al., 1971, p. 11).

În funcție de domeniile și de problematica în care este utilizată în mod specific metoda consilierii, se disting mai multe tipuri sau categorii de consiliere, dintre care cele mai cunoscute sînt: consilierea școlară și educațională; consilierea vocațională (de orientare profesională); consilierea salariaților (*employee counseling*) pentru probleme profesionale și personale; consilierea recuperatorie (*rehabilitation counseling*) a handicapaților fizici și psihici; consilierea geriatrică (*old-age counseling*); consilierea matrimonială; consilierea familială și consilierea cu privire la problemele afective, la atitudinile și relațiile interpersonale, la problemele adaptative în general, care este considerată ca un tip aparte de consiliere dar care de fapt intervine, în mai mare sau mai mică măsură, în toate celelalte.

Acest ultim tip de consiliere, denumită *consiliere personală sau consiliere terapeutică* ridică, în mai mare măsură decît celelalte, probleme de adecvare a demersului la complexitatea problematicii consiliatului și la particularitățile de structură și dinamică ale personalității acestuia, procesul de consiliere dobîndind, în practică, trăsături caracteristice (diferențiate în funcție de acestea) privind gradul de directivitate — nondirectivitate, de activism al consilierului, de orientare asupra simptomelor sau asupra personalității consiliatului, a situației problematice actuale sau a rădăcinilor sale biografice mai depărtate etc.

Consilierea personală sau terapeutică, ocupîndu-se de probleme relaționale, adaptative și afective, se situează de fapt în zona de interferență dintre psihologia consilierii (*stricto sensu*) și psihologia clinică, ea continuînd tradițiile psihologiei vocaționale de la începutul secolului, dar în și mai mare măsură pe cele ale „clinicilor psihologice”, de tipul celei a lui Witmer („Psychological Clinic”, 1896) și a centrelor de îndrumare infantilă (Child guidance), de protejare a copiilor și adolescenților și de psihopedagogie medico-socială, create apoi în S.U.A., Anglia, Franța și alte țări, cu scopul de a contribui la ameliorarea adaptării copiilor și tinerilor

la mediul înconjurător, ajutându-i să-și rezolve problemele afective și sociale, de cele mai multe ori nu prin sfaturi directe și precise, nu prin oferirea soluțiilor acestor probleme, ci prin sprijinul, prin asistența acordată, pentru ca aceștia să poată găsi singuri aceste soluții. (V. D. Buckle și S. Lebovici, *Les centres de guidance infantile*, OMS, Genève, 1958; v. Lafon, 1973, p. 408 și 148—151, 327—343).

După cel de-al doilea război mondial, domeniile de utilizare a consilierii s-au extins progresiv și au îmbrăcat forme practice variate.

Consilierea în criză a indivizilor a devenit — începînd cu Querido, la Amsterdam, la începutul anilor '30, și Lindemann (1944) — una dintre metodele cele mai utilizate în psihoigienă și psihoprofilaxie, în numeroasele servicii de consiliere și intervenție în criză, în centrele de prevenire a sinuciderilor de tipul celui creat la Los Angeles de Shneidman (1971), care a recurs la tehnica interviului telefonic, sau în centrele de intervenție în crizele familiale, cu ajutorul unor echipe de polițiști pregătite special în acest scop (Bard, 1970), în reacțiile de doliu (Lindemann, 1944, Tyhurst, 1958) sau în intervențiile în criză la ostașii americani, în cel de-al doilea război mondial și în luptele din Coreea (Glass, 1955, 1958) (Apud Z. Zisman, în Freedman, Kaplan, Sadock, 1975, p. 2329 și 2335—2337).

Pornind de la propria experiență și de la distincția făcută de Erikson (1969) între „crizele de dezvoltare” — care, făcînd parte integrantă din procesul de formare și de evoluție a personalității, sînt previzibile și pot fi prevenite — și „crizele accidentale”, care sînt imprevizibile, fiind reacții la anumite situații (accidente, decese, boli, despărțiri etc.), G. Caplan (1964) formulează principiile „psihiatriei preventive”, ale consultației de igienă mentală (= *mental health consultation*) și ale consultației de la centrele de urgență (*Walk-in clinics*), și elaborează metodele consilierii anticipative și ale consilierii în criză, pentru a ajuta bolnavul să o depășească fără consecințe psihopatologice și dezadaptive majore.

Anastasi (1979, p. 445—446) consideră ca o măsură necesară pentru psihoprofilaxia crizelor, efectuarea unei consilieri continue, „pe viață”.

Conceptul de consiliere — ca de altfel numeroase altele din științele psihologice și sociale — are un grad ridicat de ambiguitate. El este de obicei utilizat în literatura de specialitate în trei accepțiuni diferite:

— I, desemnînd prin consiliere o tehnică educativă, constînd în furnizarea de informații și sfătuirea unei persoane în vederea rezolvării unor probleme care depășesc competența sa (ca orientarea școlară, orientarea profesională etc.). În acest sens consilierea (*counseling*) este definită, de exemplu, de H. Piéron (1973, p. 100) drept „actul de a consilia, desfășurîndu-se în activitatea obișnuită a celui ce dă sfaturi și, prin extensiune, în profesia de consilier (școlar, de orientare)”.

În această accepție a termenului, efectele terapeutice implicate chiar într-un astfel de tip de consiliere (de orientare, de îndrumare) sînt de obicei neglijate (deși nu sînt deloc neglijabile).

— II, considerînd consilierea ca una dintre formele de psihoterapie, prin psihoterapie înțelegîndu-se „orice terapeutică de ordin strict psihologic sau psihopedagogic” (J. L. Faure, în R. Lafon, 1973, p. 708), English și English (1958, p. 429), definind psihoterapia, includ în ea o serie întreagă de procedee începînd de la consiliere (*stricto sensu*) pînă la psihanaliză, iar J. Vermeylen și P. Sivadon (în Sivadon, II, p. 144—147) consideră consilierea, „counseling-ul terapeutic”, ca una dintre principalele „psihoterapii de reeducare”.

— III, utilizând termenii consiliere și psihoterapie ca sinonimi, nefăcând deci între ei nici o distincție, cum procedează (C. R. Rogers (în *Counseling and Psychotherapy*, 1942), J. M. Hadley (în *Clinical and counseling psychology*, 1958) și alții (apud Anastasi, 1979, p. 399—400).

Prima accepțiune a conceptului de consiliere corespunde de fapt *consilierii stricto sensu*, în care psihologul, la solicitarea unei persoane care are de înfruntat anumite probleme de ordin psihologic pe care nu le poate rezolva singur, o ajută în găsirea soluției făcându-i anumite recomandări bazate pe informațiile pe care le deține de la acesta, pe rezultatele investigației psihodiagnostice, efectuate în prealabil, precum și pe propriile cunoștințe și experiența sa de psiholog practician.

Cea de-a doua accepțiune a conceptului de consiliere (ca metodă psihoterapeutică) a apărut în urma extensiunii activităților psihologului consilier, de la orientarea școlară și profesională la consilierea în probleme personale de ordin adaptativ și afectiv mai pregnant. Experiența dovedise dealtfel între timp că însăși alegerea profesiei și adaptarea profesională sînt într-un raport intim cu evoluția personalității și cu adaptarea deplină la viață, așa încît funcțiile consilierului de orientare s-au lărgit cuprinzînd înțelegerea și consilierea individului în totalitatea sa (Anastasi, 1979, p. 399 și 403).

În cazurile în care problemele afective și adaptative apar în prim plan, munca psihologului consilier se apropie de cea a psihologului clinician, iar tehnicile sale de tip educativ (caracteristice consilierii *stricto sensu*) sînt dublate sau chiar înlocuite cu tehnici terapeutice. În acest tip de consiliere situat la granița dintre educație și psihoterapie (și care este frecvent întîlnit) de obicei nu se mai dau sfaturi directe (în problemele respective, eficiența lor fiind dealtfel minimă sau chiar nulă). „Consilierea” devine în acest caz, un proces de dirijare discretă a subiectului pentru ca acesta — folosind propriile-i resurse psihice — să înlăture dificultățile pe care le întîlnește în cale și „blocajele” determinate de acestea, găsind singur soluția problemelor sale de ordin afectiv și adaptativ.

Cea de-a treia accepțiune, în care consilierea și psihoterapia sînt considerate sinonime, se deosebește în mod esențial de precedenta prin deplina nondirectivitate a procesului, prin faptul că terapeutul sau consilierul (termenii sînt considerați echivalenți) nu intervine activ în acesta și nu-l dirijează în nici un fel; el nu întreabă nimic, nu interpretează afirmațiile subiectului, se abține să facă aprecieri asupra lor, nu dă sfaturi, nu sugerează soluții, ci doar reformulează unele afirmații ale subiectului (în special pe cele ce se referă la sentimentele sale) cu scopul de a le clarifica. El are o atitudine binevoitoare și comprehensivă, fără a fi aprobatoare sau dezaprobatore, o atitudine de empatie, care nu merge însă pînă la implicarea afectivă personală. Psihologul consilier este, în acest caz, doar un *catalizator* al proceselor psihice ale subiectului său.

Premisa acestei atitudini este încrederea în posibilitățile subiectului de a-și rezolva singur propriile probleme afective și comportamentale, ajutorul dat de psihoterapeutul de orientare nondirectivă rezumîndu-se la clarificarea sentimentelor prin reformularea celor spuse de subiect (de pacient sau de „client”). În aceste condiții, denumirea de consiliere devine improprie pentru conținutul conceptului, fiind vorba de o „consiliere” în care „consilierul” își stabilește ca normă să nu consilieze, să nu dea sub nici o formă sfaturi. Conținutul conceptului de „consiliere” în această

accepțiune contrazice înțelesul original al cuvântului, așa încît considerăm inoportună utilizarea lui ca sinonim al psihoterapiei, între cele două noțiuni existînd unele asemănări dar și numeroase deosebiri.

2. Consilierea psihologică în contextul psihoterapiilor

2.1. *Asemănările și deosebirile între consiliere și psihoterapie* sînt de trei ordine : 1) *al finalității*, privind scopurile pe care urmăresc să le atingă, rezultatele pe care vor să le obțină ; 2) *al adresabilității*, respectiv al structurilor și nivelurilor personalității cărora se adresează intervenția psihologică și 3) *al metodologiei*, adică al tipurilor de mijloace, de tehnici și procedee la care se face apel în decursul intervenției.

Asemănările și deosebirile de finalitate. Atît consilierea cît și psihoterapia își propun să ajute, cu mijloace psihologice, o persoană să rezolve anumite probleme de ordin psihologic (diferențele de dificultate ale acestor probleme impun însă alegerea uneia sau alteia dintre metode).

Un alt factor comun este faptul că ambele se bazează pe stabilirea unei relații interpersonale între cei ce solicită asistența psihologică și cel care o acordă.

O altă asemănare constă în faptul că atît consilierea, cît și psihoterapia își propun să înlătore simptomele (de la cele minore, doar stînjenitoare, pînă la cele majore, invalidante), dar cele mai multe forme de psihoterapie nu se mulțumesc cu aceasta și urmăresc realizarea unor modificări profunde în structura personalității, în special în sfera afectiv-conativă și motivațională.

Unul dintre scopurile principale comune consilierii și psihoterapiei este înțelegerea și autoînțelegerea ; sporirea cunoașterii de sine, a auto-cunoașterii (Ch. Bühler, 1974, p. 469), modificarea percepției, a imaginii de sine în special.

În acest sens ambele tipuri de intervenție psihologică au un scop constructiv mergînd pe linia tendințelor sanogenetice, a utilizării trăsăturilor pozitive ale personalității pentru a compensa sau a învigoră pe cele slab dezvoltate, sau pentru a le frîna și echilibra pe cele care funcționează în exces.

Consilierea se ocupă de rezolvarea unor „probleme specifice”, neîncadrabile în vreo entitate nosologică, cum ar fi, de pildă, înlăturarea unor deprinderi de lucru nesatisfăcătoare care pot interfera cu eficiența comportamentului sau maturarea unor decizii, realizarea unor planuri, în rezolvarea unor probleme diverse : de orientare școlară sau profesională, de adaptare școlară sau profesională, privind relațiile cu semenii, cu sexul opus, alegerile matrimoniale, relațiile familiale etc. (Anastasi, 1979, p. 403).

Psihoterapia intervine în probleme de mai mare amploare și profunzime, ea urmărind pe de o parte „întărirea fondului personalității (mai ales la bolnavii angoasați, anxioși, fobici, hipersensibili), întărirea conștiinței prin dezvoltarea sentimentului de sine (mai ales la primele stadii ale bolii), intensificarea forței și dezvoltarea bogăției afective (cu predilecție în nevrozele sau bolile somatice cronice)”, iar pe de altă parte, „elaborarea și dezvoltarea de noi motive, precum și direcționarea conduitei” (G. Ionescu, 1973, p. 220—221).

Diferența principală dintre psihoterapia clinică și consilierea psihologică rezidă în faptul că scopul celei dintîi este „schimbarea structurii

fundamentale a personalității și a modelelor personale ale unui individ", în timp ce „scopul consilierii psihologice constă în a-l pune pe individ în situația de a utiliza în modul cel mai eficient resursele sale actuale pentru a-și rezolva problemele”. (Anastasi, 1979, p. 403). „Scopul terapiei — spune Tyler (1969), (în Huber și Millman, 1972, p. 144) — este considerat în general a fi schimbarea într-un fel sau altul a personalității”, pe câtă vreme consilierea este un proces de ajutorare, al cărui scop nu-i de a schimba persoana, ci de a o face capabilă să utilizeze resursele de care dispune acum, pentru a face față vieții” (*ibidem*, p. 147). Pentru a caracteriza procesul de „consiliere terapeutică”, Tyler introduce conceptul de „terapie a schimbării minime” (*minimum-change therapy*) a personalității, fără să fie căutate cauzele mai profunde ale tulburărilor psihice.

O altă sarcină importantă a psihoterapiei este de a elibera energia psihică utilizată dezavantajos în încercările pacientului de a depăși stările conflictuale sau de a se apăra de ele (prin diverse „mecanisme de apărare”) pentru a o folosi în alte scopuri, pozitive sau chiar creatoare, care-i aduc nu numai avantaje, ci și satisfacții.

Psihoterapia urmărește în fond — după părerea lui Ross, care corespunde celei a lui Kubie — să mărească extensiunea controlului conștient și să micșoreze pe cel inconștient, care este mai mecanic, mai inconștient și mai rigid (Farnsworth, în Arieti, 1970, III, p. 1985).

Consilierea nu-și propune să meargă așa de departe, în adîncime. Ea poate încerca cel mult — atunci cînd este folosită în cea de-a doua dintre accepțiunile distinse de noi mai sus (consilierea ca formă terapeutică) — să extindă controlul conștient asupra unor elemente aparținînd preconștientului, care pot fi readuse în conștiință cu mai multă dificultate (Kubie, 1958, în Beaudot, 1973, p. 136—149).

Între consiliere și diferite forme de psihoterapie există diferențe și cu privire la durabilitatea rezultatelor. Se consideră, în general, că prin psihoterapie se obțin rezultate mai durabile decît prin consiliere. Trebuie menționat însă că, în funcție de o serie întreagă de factori (ținînd de trăsăturile personalității subiectului, ale caracterului său, ale structurii și forței motivației subiacente, de tipul de tulburare psihică etc.), se pot obține rezultate mai bune și mai statornice, la un adolescent de pildă, printr-o consiliere foarte discret directivă, decît printr-o terapie rațională de tip autoritar.

Lipsa de durabilitate a rezultatelor consilierii, care se manifestă în unele cazuri, nu ține de esența metodei, ci de greșita ei utilizare, fie prin aplicarea ei în cazuri pentru care nu e indicată, fie prin neutralizarea procedeelor pedagogice, de uz curent în asimilarea cunoștințelor și deprinderilor, menite să mărească flexibilitatea și capacitatea de transfer, în folosirea ulterioară a acestora.

Asemănări și deosebiri de adresabilitate. Atît consilierea cît și psihoterapiile se adresează zonelor conștiinței și se ocupă de situația prezentă, de problemele actuale ale persoanei; unele dintre psihoterapii (în special cele de tip analitic) nu rămîn însă la aceasta și merg mai în profunzime, efectuînd unele sondaje în trecutul și în inconștientul acesteia.

Intervenția psihologică se adresează, în cazul consilierii și al psihoterapiilor, unor niveluri și structuri diferite ale personalității.

Consilierea — după Brammer și Shostrom (apud Ch. Bühler, 1974, p. 467) — „se ocupă de *probleme conștiente*, condiționate de anumite situații pe care subiectul învață să le rezolve, cu ajutorul și sprijinul consilie-

rului", iar psihoterapia „se ocupă de *conflicte inconștiente* ale unor subiecți afectați de *grave tulburări emoționale* [...] centrul de greutate al intervenției fiind *tratamentul profund*, făcut în scopul de a obține o *restructurare totală sau parțială a personalității*” (subl. ns. M.B.). Consilierea se adresează unor structuri de suprafață ale personalității, mai ușor observabile și controlabile conștient, pe câtă vreme psihoterapia vizează structurile de profunzime, ea ocupându-se de „indivizi cu tulburări de personalitate mai profunde și mai invalidante” (Goldenson, 1970, p. 269).

Consilierea „se folosește în problemele personale neclasificate ca boală” (Hilgard et al., 1975, p. 602), „care nu intră în conceptul de tulburare mentală” (A. Dalla Volta, 1969, p. 145), „care nu sînt clasificate ca boli mentale deși pot fi uneori sechele sau corolare ale bolii mentale sau fizice” (H. B. English și A. C. English, 1958, p. 127).

Consilierea se aplică deci, în mod obișnuit, persoanelor sănătoase, dar care datorită unor dificultăți de ordin psihic-adaptativ — apărute în procesul de dezvoltare și de formare a personalității (la adolescenți, de ex.) sau ca efect al unor deficiențe în procesul educativ — prezintă un risc crescut de îmbolnăvire psihică. Ea „se adresează persoanelor al căror nivel de anxietate provoacă interferențe și conflicte mai curînd decît incapacitate și dezintegrare” (M. E. Hahn, apud A. Anastasi, 1979, p. 404).

Consilierea psihologică poate preveni însă „dezintegrările negative” (cu evoluție patologică) și stimula „dezintegrările pozitive”, specifice procesului de dezvoltare, menite să producă noi integrări și restructurări la nivel superior (Dabrowski, 1972, p. 1—11). Dabrowski recomandă aplicarea „autopsihoterapiei”, ca măsură preventivă pe care „individul și-o aplică lui însuși, în mod conștient, cu scopul de a îndepărta pericolul de dezechilibru mental” (p. 241 și 280).

Asemănări și deosebiri de ordin metodologic. În alegerea metodei și a tipului de consiliere sau de psihoterapie, psihologul trebuie să țină seama de o seamă de particularități de structură și dinamică a personalității (în special a funcțiilor volițional-afective și motivaționale), de specificul tulburărilor, de nivelurile din structura personalității pe care le antrenează și de gradul de structurare al acestora. El trebuie să aibă în vedere „tipul afecțiunii ca și momentul evolutiv, caracterul acut sau cronic al acesteia etc.” (G. Ionescu, 1973, p. 220).

Sub aspect metodologic, în consiliere și în psihoterapie, există și unele elemente comune, ca de pildă faptul că ambele utilizează ca instrument de comunicare, limbajul.

În majoritatea cazurilor sînt folosite și alte funcții ale limbajului (cea sugestivă și cea catartică), dar în măsură diferită de la un tip la altul de consiliere sau de psihoterapie.

În toate formele de consiliere și de psihoterapie găsim un amestec de tehnici educative și terapeutice, utilizate însă într-un dozaj diferit de la una la alta.

Putem afirma însă, că în consilierea psihologică (precum și în unele psihoterapii, de tip psihagogic) predomină tehnicile educative, în special cele care vizează modificări ale comportamentului prin intervențiile la nivelul proceselor cognitive și, în mai mică măsură, cele care urmăresc efectuarea unor modificări de comportament prin facilitarea evoluției proceselor afective — acestea din urmă fiind mai frecvent întîlnite în psihoterapii, în special în cele de tip analitic: psihanaliza, terapia nondirecțivă etc. Distincția între cele două tipuri de tehnici (pentru intervenții

la nivel cognitiv și la nivel afectiv), aparține lui Osipow și Walsch (1970, citați de Nahoum, în Reuchlin, 1973, II, p. 127).

Deosebiri între diverse tipuri de consiliere și de psihoterapii există și în privința *gradului de directivitate și de activism*, pozițiile extreme fiind ocupate de consilierea directivă și de consilierea nondirectivă (C. R. Rogers, 1942), denumită uneori și „consiliere terapeutică” (L. E. Tyler, 1969, 1972), și respectiv de psihoterapiile directive și cele nondirective (psihanaliza și cele de inspirație psihanalitică).

De pe poziții rigurose directive, autoritare — atît în problemele educației cît și ale terapiei — S. Alexandru (1975, p. 141) definește consilierea ca „un act de autoritate pedagogică” și afirmă că în terapia rațională psihologul, „comportîndu-se ca un educator, acționează cu energie și perseverență, sau chiar *cu asprime*, pentru a-i convinge pe bolnavi de necesitatea restructurării pozițiilor” (*subl. ns. M.B.*). La extrema opusă se situează adepții consilierii și terapiei nondirective (în care psihologul, fără a fi cu totul pasiv, nu intervine pentru a dirija discuția, ci doar pentru a clarifica sentimentele subiectului, prin „reformularea” unora dintre afirmațiile sale).

Experiența pedagogică și cea terapeutică au demonstrat însă că atît directivismul exagerat cît și nondirectivismul absolut aduc rezultate sub nivelul așteptărilor. De aceea, adepți ai nondirectivității, ca Rogers, sau ai directivismului, ca Thorne, au început să facă unele concesii față de pozițiile lor extreme, inițiale. Astfel C. R. Rogers, adoptînd „principiul unei intervenții moderate”, admite folosirea, în „relația asistențială” a „metodei întrebărilor intercalate, care tind să favorizeze conștientizarea” (Ch. Bühler, 1974, p. 476), iar F. C. Thorne (1948) consideră că psihoterapia directivă „are sarcina de a evalua în mod sistematic și, dacă este necesar, de a modifica orice trăsătură importantă a personalității, prin *utilizarea eclectică a tuturor tehnicilor pe care le avem la dispoziție, ținînd seama de indicațiile și de contraindicațiile lor*”, putînd fi utilizate grade diferite de directivitate în funcție de cerințele fiecărei situații particulare. Toate metodele sînt bune, greșită poate fi însă utilizarea lor în mod inadecvat. Thorne remarcă faptul că „nevoia directivității, pe care o manifestă un subiect, corelează invers cu capacitățile sale de a se dirija în mod efectiv el însuși” (cf. Nahoum, 1975, p. 71).

2.2. *Indicații terapeutice.* Fiecare dintre metode are calitățile și lipsurile sale, în funcție de care, între altele, se stabilesc indicațiile și contraindicațiile lor. Așa de pildă W. Schraml (1973, p. 109) consideră că indicațiile principale ale consilierii sînt „dificultățile de adaptare și conflictele actuale”. El crede că metoda e nepotrivită pentru nevrozele grave sau de gravitate medie și pentru tulburările psihosomatice. Consilierea psihologică și metodele psihagogice pot fi utilizate cu succes, după părerea aceluiași autor, în prevenția tulburărilor psihice, în consilierea și susținerea familiilor cu bolnavi psihici și în reinsertia socială a pacienților ieșiți dintr-o cură psihiatrică. Consilierea dă rezultate în situațiile care solicită adaptativ (școala, profesia, căsătoria etc.), dar nu reușește să aducă ameliorări substanțiale în cazul nevrozelor structurate, care necesită adesea o terapie analitică anevoioasă.

Metodele neanalitice, centrate pe persoană (de tipul terapiei nondirective), sînt eficace în nevrozele ușoare, care nu necesită o analiză *stricto sensu* a personalității (Schraml, 1973, p. 162). Psihoterapia nondirectivă are dealtfel și alte limite, recunoscute de însuși autorul ei, C. R. Rogers: ea nu poate fi aplicată *la orice vîrstă* (la copii de pildă, datorită compor-

tamentului lor instabil, hiperactiv și puternic dependent de mediul familial), la persoane cu un nivel intelectual scăzut, la psihotici și la persoanele cu traumatisme craniene (Cf. Nahoum, 1975, p. 74). Metodele directive sînt respinse, de obicei, de preadolescenți, de adolescenți și de indivizi cu personalitate mai puternică, ele fiind în aceste cazuri lipsite de orice eficiență. La personalitățile slabe (sau nestructurate încă), ele au dezavantajul de a menține sau crea relații de dependență, infantilizante și de a nu reduce agresivitățile față de autoritate (Vermeylen și Sivadon, în Sivadon, 1973, II, p. 146). Există însă cazuri în care aplicarea tehnicilor nondirective nu este posibilă sau este contraindicată; în acestea terapia directivă este singura care poate fi utilizată.

Consilierea psihologică are o indicație majoră în activitățile psih igienice și psihoprofilactice (în special în psihoprofilaxia primară) datorită coincidenței dintre scopurile urmărite: dezvoltarea pozitivă, sanogeneza și prevenția dezadaptărilor.

Bibliografie

- Alexandru, S., *Laboratorul de psihologie clinică*, București, Edit. științ. și encicl., 1975.
 Anastasi, A., *Fields of Applied psychology*, 2-nd ed., New York, McGraw-Hill, 1979.
 Botez, C. (red.) *Selecția și orientarea profesională*, C. D. P. Min. Muncii, București, 1971.
 Boyer, S. *Orientation professionnelle*, în R. Lafon (red.), *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris, P.U.F., 1973.
 Bühler, Ch. *La psicologia nella vita del nostro tempo*, Milano, Garzanti, 1974.
 Kaplan, G., *Principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Books, 1964.
 Dabrowski, K., *La psychonévrose n'est pas une maladie*, Québec, Saint-Yves, 1972.
 Dalla Volta, A., *Psicologo consiliere*, în Dalla Volta, A., *Dizionario di psicologia*, Firenze, Giunti-Barbèra, 1969.
 English, H. B., English, A. C., *Counseling*, în: English H. B., English, A. C., *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, London, Longmans, 1958.
 Farnsworth, D. L., *Psichiatria scolastica*, în Arieti, S. (red.) *Manuale di psichiatria*, Boringhieri, Torino, 1970, vol. III, p. 1982—1992.
 Faure, J. L., *Psychothérapie*, în Porot, A. (red), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, P.U.F., 1969.
 Goldenson, R. M., *Counseling psychology*, în Goldenson, R. M., *The encyclopedia of human behavior*, New York, Doubleday, 1970.
 Hilgard, E. R., Atkinson, R. C., Atkinson, R. L., *Introduction to psychology*, Harcourt, Brace, Jovanovich, New York, 5-th ed., 1971 și 6-th ed., 1975.
 Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973.
 Kubie, L. S., *Le préconscient et la créativité*, în Beaudot, A., *La créativité: Recherches américaines*, Paris, Dunod, 1973.
 Lafon, R., *Centres de guidance infantile și Centre médicopsychopédagogique*, în Lafon, R. (red), *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Paris, P.U.F., 1973.
 Nahoum, Ch., *L'entretien psychologique*, Paris, P.U.F., 5-e éd., 1975.
 Nahoum, Ch., *La méthode clinique en psychologie appliquée*, în Reuchlin, II, 1973.
 Piéron, H., *Traité de psychologie appliquée*, I, P.U.F., Paris, 1960.
 Piéron, H., *Counseling*, în Piéron H. (red), *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, P.U.F., 1973.
 Reuchlin, M. (red), *Traité de psychologie appliquée*, I, II, Paris, P.U.F. 1971.
 Schraml, W. J., *Précis de psychologie clinique*, P.U.F., Paris, 1973.
 Tyler, L. E., *The work of the counselor*, 3-rd ed., Appleton-Century-Crofts, New York, 1969 (fragmente selectate în Huber, J. T., Millman, H. L. (eds.), *Goals and behavior in psychotherapy and counseling*, Merrill, Columbus (Ohio) (1972)).
 Vermeylen, J., Sivadon, P., *Les psychothérapies*, în Sivadon, P. (red.) *Traité de psychologie médicale*, Paris, P.U.F., 1973, vol. II, p. 129—149.
 Zusman J., *Primary prevention și Secondary prevention*, în Freedman, A. M., Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore, Williams Wilkins, 1975.

SOCIOTERAPIILE ȘI ERGOTERAPIA

Conceptul de *recuperare socioprofesională* a căpătat o tot mai mare pondere și o pregnanță specifică, ceea ce a antrenat *sporirea preocupărilor pentru problematica socioterapiilor și ergoterapiei*.

Unele neajunsuri în organizarea efectivă a serviciilor cu aceste conținuturi și finalități au decurs din modul de formare a cadrelor care, pe o anumită perioadă, n-a depășit limitele unispecializării, ceea ce a făcut ca „factorii” echipei terapeutice să nu depășească uneori simplul paralelism sau unele fetișizări ale principiului responsabilității unice a medicului. Desigur, este indezirabil ca subiecții care se confruntă cu unele forme de handicap (defect fizic, locomotor, senzorial, de ordin somatic sau neuro-psihic etc.) să nu dispună de efectele integrative ale echipei unitare și de responsabilitatea integrală a fiecărui membru din echipa terapeutică. Altfel, nu se parcurge drumul necesar de la recuperarea biologică la cea psihologică și socială, și de aici la reintegrarea socială și socioprofesională deplină.

De asemenea, s-a constatat că *psihoterapiile ocupaționale*, îndeosebi ergoterapia dar și artterapia, ludoterapia etc. pot genera multiple efecte socioterapeutice și pot corobora la împlinirea acțiunilor de reintegrare socioprofesională.

Munca, prin ansamblul componentelor și virtuților ei, constituie un important mijloc de tratament, mai ales în cazul unor tulburări neuro-psihice; ea poate încorpora multiple valențe socioterapeutice. De aceea, subliniem interrelația intimă dintre socioterapie și ergoterapie.

1. Socioterapiile în sistemul acțiunilor terapeutice

Viziunea integratoare asupra omului privit ca ființă socială, ca entitate complexă biopsihosocială, determină și cerința metodologică pentru cuprinderea unitară, indisociabilă, a diferitelor forme de acțiune terapeutică, în plan biologic, chimioterapeutic și psihoterapeutic.

Dacă avem în vedere că sensul final al oricărui sistem de acțiuni terapeutice este și acela de a restitui omului *condiția psihosocială a normalității*, prin reintegrarea sa socială, înțelegem de ce metodele terapeutice, complexe, armonioase și practic eficiente, ar fi de neconceput fără demersurile proprii tratamentului socioterapeutic. Desigur, acest aspect, vizînd cadrul existențial definitoriu omului, este el însuși corelat intim celorlalte direcții de acțiune terapeutică.

Practic, este de neconceput ca în strategiile de recuperare să se adopte exclusiv tratamentul chimioterapeutic sau o viziune exclusiv psihofarmacologică, privînd bolnavul de „resursele puternice ce aparțin psihoterapiei și socioterapiei”. De asemenea, se impune să subliniem că *socioterapiile nu pot fi concepute în mod disociat față de celelalte direcții de acțiune recuperatorie*, și îndeosebi față de procedeele psihoterapeutice. În același sens,

s-a relevat necesitatea unei abordări unitare a acestora ca „tratamente psihosocioterapice” (G. Ionescu, 1976, p. 410), în care problematica socioterapiilor are interrelații multiple cu aspectele generale, caracteristice psihoterapiilor de grup.

Este cunoscut faptul că în cadrul diferitelor tipuri de strategii specifice acțiunilor terapeutice s-au folosit *grupurile de tratament (grupurile de activitate, grupurile terapeutice și psihoterapeutice)*, avînd finalitatea, conștient formulată, de a influența pozitiv starea de sănătate a anumitor categorii de subiecți. Evident, în aceste cazuri, grupul s-a impus în dubla sa ipostază, de obiect al tratamentului, ca și de principal agent terapeutic.

Din perspectiva viziunii metodologice integratoare, *grupurile socio-terapeutice* pot avea funcționalități recuperatorii complexe, vizînd pre-dilect diferite direcții de acțiune terapeutică; ele pot cuprinde și virtuțile recuperatorii proprii *terapiilor ocupaționale*, realizate nu numai prin muncă, ci și prin artă, prin jocuri recreative etc. Desigur, strategiile terapeutice proprii grupurilor de tratament se pot identifica în multe situații cu cele definitorii pentru ergoterapie. Mai mult decît atît, se poate spune că „grupurile terapeutice cele mai răspîndite sînt cele a căror activitate esențială are caracterul unei munci productive — ergoterapia” (G. Ionescu, 1976, p. 443). Aceasta, la rîndul ei, corelează firesc cu direcțiile de acțiune psihosocioterapeutică, mai ales dacă avem în vedere nu numai cadrul și mijlocul determinant (munca), dar și natura efectelor terapeutice restructurante, în planul comportamentului uman: asimilarea unor modele sociocomportamentale în raport cu munca, a unor conduite sociale și a unor noi mentalități și atitudini, precum și a sentimentului psihosocial al participării la viața colectivității umane, al posibilității de autorealizare în activități social utile. Aceasta poate oferi un cadru important și premise determinative pentru înlăturarea unor stări perturbatoare de anxietate sau depresie, a temerilor și neliniștilor, „avînd penetrații adînci în domeniul psihigienei și psihoprofilaxiei” (G. Ionescu, 1976, p. 451).

Socioterapiile și ergoterapia constituie totodată importante elemente de validare a rezultatelor celorlalte direcții de acțiune terapeutică și pot împlini sau fructifica achizițiile dobîndite prin celelalte direcții de acțiune terapeutic-recuperatorie. În acest cadru se înscriu și *antrenamentele funcționale*, nu numai cele individuale, ci mai ales cele organizate în anumite grupuri socioprofesionale, modelate în funcție de vechiul loc de muncă sau de posibilitățile reinsertiei profesionale viitoare. Ele ne pot releva reușitele demersului recuperator și totodată pot contribui la prevenirea anumitor dificultăți relaționale sau a unor situații stressante.

În același timp, evoluția procesului de recuperare a demonstrat că în și prin socioterapii se poate realiza o reevaluare și, după caz, o reluare adecvată a celorlalte procedee terapeutice, în măsura în care funcțiile restante nu au fost suficient antrenate și valorificate în raport cu solicitările locului de muncă, ale exigențelor profesionale sau funcției sociale în care pacientul sau deficientul se va integra. Toate aceste aspecte evidențiate în contextul socioterapiei și ergoterapiei pot constitui elemente justificative pentru reluarea anumitor forme de acțiune terapeutică, pentru perfecționarea acestora, pentru aprofundarea demersului în vederea însă-năușirii bolnavului. În multe situații, programul ergoterapeutic se situează într-un punct median al traseului acțiunilor terapeutice generale. Alături, programul psihoterapeutic se integrează „în paralel”, interacționînd permanent cu alte direcții terapeutice.

În general, o *socioterapie minimală* poate începe chiar din momentul intrării în clinică, din momentul instituirii raportului activ medic-pacient; însuși momentul anamnezei îl putem considera ca purtător al unor virtuți socioterapeutice. Anamneza poate angaja o problemă de ordin psihosocial și poate continua firesc cu dialogul activ dintre pacient și psiholog, sociolog, asistent social, într-un consens acțional în sfera strategiilor recuperatorii, în vederea reintegrării sociale și profesionale.

O viziune multidisciplinară, psihosociologică în medicina clinică, îndeosebi în clinica consacrată expertizei și recuperării capacității de muncă, este absolut necesară. De aceea, orice prospectare clară și precisă a demersului specializat de acțiune terapeutică nu poate face abstracție de acțiunile socioterapeutice care se impun. Totodată, este necesară adecvarea mijloacelor și strategiilor terapeutice la specificul cazului, la particularitățile de ordin dinamic, evolutiv, ale situațiilor cu care se confruntă bolnavul, pentru a stabili cât mai exact momentul oportun și ponderea corespunzătoare a unor terapii, corelate cu celelalte direcții de acțiune recuperatorie, repliind deciziile unor etape în munca terapeutică în funcție de rezultatele etapelor anterioare și de reactivitatea diferențială (individuală) a cazurilor. Implementarea programelor socioterapeutice în demersul general terapeutic-recuperator nu suplinește rolul unor terapii individuale, al unor antrenamente funcționale specifice, al tehnicilor de condiționare și decon condiționare etc. Dimpotrivă, considerăm că socioterapiile concurează la revelarea efectelor și valorii acestora, potențând virtuțile altor tipuri de terapii.

2. Metodologia socioterapiilor

În același sens, subliniem că între diagnostic și terapie există o interdependență structurală astfel încât, de la diagnosticul preliminar, se precizează treptat atât programul complex psihosocioterapeutic, precum și diagnosticul diferențial.

Putem menționa că o viziune proprie psihologiei sociale solicită precizarea prealabilă a datelor diagnostice complexe (și interpretarea acestora în raport cu profesia exercitată, cadrul social specific și performanțele obținute), avînd în atenție, totodată, reflectarea și evaluarea personală a efectelor bolii, a handicapului sau deficienței.

Diagnosticul poate oferi importante puncte de sprijin în adecvarea demersurilor terapeutice și socioterapeutice la specificitatea cazurilor abordate în vederea recuperării lor. Din aceeași perspectivă, putem sublinia, pe baza propriilor constatări, rolul înregistrărilor fidele, sistematice, precise, ale aspectelor în plan cantitativ, dar și calitativ ale efectelor antrenamentelor recuperatorii. Evidența rezultatelor în fiecare etapă și a efectelor diferitelor forme de acțiune terapeutică recuperatorie pot oferi importante sugestii pentru permanenta adecvare și perfecționare a demersurilor terapeutice, în funcție de „receptivitatea” specifică subiectului, ca și de rezultatele realizate în fazele anterioare. Astfel programele de acțiuni terapeutice vor fi modelate în funcție de particularitățile de evoluție a cazului.

Așa cum orice terapie solicită folosirea informațiilor multiple și accesibile asupra subiectului și profesiunilor, în cazul socioterapiilor sînt necesare datele cu privire la perspectiva activităților viitoare ale subiec-

tului, pe care el le poate exercita, cu privire la stilul optim de muncă, de valorificare a propriilor energii, cu privire la rețeaua profesiunilor și a ocupațiilor, avînd în vedere efectele de „întărire” sau consolidare a achizițiilor dobîndite, ca și ansamblul acțiunilor postrecuperatorii.

3. Obiectivele și scopurile socioterapiilor; forme de realizare

În genere, în orice demers terapeutic-recuperator, se impune ca bolnavul să fie privit sub aspectul situațiilor sale complexe, de viață personală și socială, într-o viziune psihosocială integratoare. Acest aspect impune ca terapiile să se realizeze unitar. Cu alte cuvinte, *viziunea complexă asupra omului ca entitate globală, biopsihosocială, face necesară o acțiune unitară a diferitelor forme de abordare terapeutică*. Sensul final al oricăror terapii este acela de a oferi omului condiția psihosocială a normalității, prin *reintegrarea socială*. Prin conținutul său, *demersul specific socioterapeutic* permite un antrenament al comportamentului social. Programele de socioterapie pot realiza una din condițiile psihoterapeutice importante, și anume ca timpul pentru bolnavul spitalizat să devină cît mai complet și eficient utilizat. Am constatat efectul acestor programe, mai ales atunci cînd conținutul și formele lor sînt adecvate intereselor și preferințelor dominante ale pacienților, cît și particularităților structurale, diferențiale, conform caracteristicilor ce decurg din natura diferitelor tulburări pe care le suportă bolnavul. Din același unghi de vedere, s-au dovedit eficiente, sub aspectul finalităților recuperatorii, *acțiunile reintegratoare care solicită anumite participări cu roluri și responsabilități sociale în buna desfășurare a diferitelor categorii de activități sau antrenamente socioprofesionale*.

Referitor la principiile aplicării socioterapiilor, subliniem că pentru efectul socioterapeutic eficace, este important ca ansamblul acțiunilor profilactice și curative menționate să genereze și să cultive *climatul psihosocial pozitiv*.

În genere, societatea și cultura coparticipă la devenirea și dezvoltarea oricărei personalități umane; dar ele nu devin codeterminante în geneza și dezvoltarea personalității, fără prezența factorilor activi, ai muncii și creației, ai instrucției și educației (prin ansamblul de acțiuni și inter-acțiuni în care se integrează subiectul), procese prin care omul asimilează diferitele categorii de valori ale societății. Aceste aspecte circumscriu unele din *principiile supraordonate ale oricărei socioterapii*. Un prim principiu al unei socioterapii eficace constă în cerința ca aceasta să realizeze consensul armonios și deplin cu autenticele valori sociale și umane.

Omul are nevoie de un *permanent activizator de ordin afectiv-motivational și psihomoral* prin care se stimulează și se mențin energiile umane, de acțiune și creație, ca și însuși efortul necesar permanentei construcții și reconstrucții a umanului din fiecare. Acest aspect capătă valoare și semnificație de principiu în sistemul socioterapiilor.

Principiile clasice de *funcționare a comunității terapeutice* se refereau la cerința de asigurare a unui cadru mai autonom, mai activ dar și mai liber pentru participarea pacienților la viața lor de fiecare zi, integrată cadrului instituțional, specific colectivității spitalicești. În acest sens, s-au formulat *principiile permisivității* (privind cerința unei înțelegeri mai elastice,

mai tolerante a bolnavului); *principiul democratismului* (care se referea la participarea pacienților cu anumite responsabilități de ordin administrativ și terapeutic, printr-o antrenare mai extinsă și echilibrată a membrilor echipei terapeutice). *Realismul* constituie de asemenea, atât un principiu general, cât și o cerință concretă privind necesitatea de a preconiza acțiuni firești, adaptate unui mod autentic de viață și activitate, apropiate de viața obișnuită, dinafara instituției spitalicești.

În sfera cerințelor de bază privind socioterapiile se pot menționa și următoarele exigențe: necesitatea de a asigura un program activ, permanent, prin ocuparea integrală a timpului bolnavului; activitățile socioterapeutice își amplifică eficacitatea dacă ele cuprind drept element integrativ sau dominant ergoterapia și ansamblul formelor de terapie ocupațională; utilizarea unui sistem armonios de acțiuni socioterapeutice care să se caracterizeze prin: diversitate, variabilitate, stil creativ, cu conținut și orientare similare sarcinilor de muncă și creație.

Mai ales pentru anumite categorii de subiecți, s-a constatat că *acțiunile socioterapeutice care antrenează simultan diferitele elemente ale terapiilor ocupaționale* (inclusiv, cultterapia, meloterapia, și în genere artterapia, în unitate cu preocupările specifice ergoterapiei) *amplifică efectele terapeutice* ale acestor programe recuperatorii.

Extinderea sferei de interrelații și interacțiuni în grup constituie un deziderat cu valoare de principiu în socioterapie, menit să confere echilibru, sentiment de independență și libertate de acțiune, capacitate de inițiativă. Acestea presupun drept cerință diminuarea ponderii legăturii univoce medic-pacient, a caracterului ei uneori autoritar, stimulând și amplificând preocuparea colectivă pentru progresul situației pacienților. În cadrul socioterapiilor — îndeosebi *în cadrul formelor ce presupun valorificarea contextului social al marelui grup comunitar* — potențialul restant poate fi activizat, dinamizat, pus în valoare, determinând *reabilitarea psihosocială* a bolnavilor. În acest context, grupul terapeutic trebuie să dobândească o pondere mai mare decât terapeutul însuși. Terapeutul poate să rămână doar un animator al spontaneității bolnavilor, oferind puncte de sprijin pentru aprecierea situațiilor cu care se confruntă aceștia și pentru adoptarea celor mai adecvate soluții.

4. Socioterapia familială

Forma cea mai conturată de socioterapie extraspitalicească este cea privind socioterapia în cadrul familial. Este știut că, anumite situații psihosociale specifice familiei pot fi factori contributivi atât în declanșarea și menținerea anumitor forme de tulburări psihice, cât și în corectarea anumitor modele psihocomportamentale, a anumitor mentalități și atitudini, a anumitor stiluri relaționale.

„Psihiatria familială” nu e echivalentă cu socioterapia în mediul familial. Avem în vedere necesitatea precizării diagnosticului psihiatric al pacientului, dar și necesitatea precizării aspectelor socioeconomice, socioculturale, socioeducaționale și de ordin psihosocial care caracterizează starea familiei pacientului: evenimentele și situațiile mai deosebite cu care s-a confruntat, ecourile acestora asupra stărilor și tipurilor de interrelații în interiorul familiei, modul de inserție a familiei în marele grup comunitar social etc. Desigur, investigația clinico-anamnestică indi-

viduală se impune a fi completată cu cea psihosocială și sociofamilială. Însuși examenul psihologic intensiv trebuie completat prin datele de anchetă socială aprofundată, utilizând diferite tipuri și metode de psihosocio-diagnostic. În acest sens introducerea în concepțiile orientative ale socioterapiilor a termenilor de „reconstituire a rutei profesionale” a devenit o strategie metodologică larg utilizată. Astfel, complexul de „documente” rezultate din anamneză, psihodiagnosticul personalității, biografia familială, ca și „dosarul activității” (al muncii, al postului, al randamentului, cu eventuale consecințe ale comportamentului achiziționat în diferite perioade de tratament), vor contura dimensiunile și semnificațiile reale ale situației cazului și vor permite evaluările corespunzătoare. În sistemul socioterapiilor „intraspitalicești”, forma comunității terapeutice cuprinde, simultan, virtuțile socioterapiei și ale ergoterapiei, întrucît angajează bolnavii în acțiuni și interacțiuni sociale accesibile, în activități și responsabilități sociale similare cu cele din cadrul anumitor instituții sau colectivități umane obișnuite. Astfel, bolnavul își îmbogățește sfera de interrelații și preocupări, depășind pe cele ce țin doar de starea de boală și de relația sa cu medicul terapeut. În cadrul socioterapiilor „extraspitalicești”, forma cea mai răspîndită este cea realizată în cadrul familial. În acest plan (ca și, în genere, în alte direcții de acțiune recuperatorie), este important să avem în vedere studiul atitudinilor comunitare ale colectivității de muncă sau ale grupului familial față de bolnavul psihic sau deficient, stilul său relațional, atmosfera psihosocială de care dispune. Ele devin un suport pentru orice demers psihoterapeutic care solicită tratarea unor tulburări în etiologia cărora sînt preponderent prezenți factorii de ordin psihosocial. Demersul socioterapeutic permite un antrenament al comportamentului social. Sub acest unghi, spitalul poate deveni o comunitate care permite organizarea unor programe de acțiuni sociale ori activități productive, creatoare, servind procesul recuperării și readaptării psihosociale, cît și pentru „o mai bună înțelegere a atitudinilor persoanei aflate pe versantul patologic al existenței” (G. Ionescu, 1973, p. 133).

Nu insistăm asupra prezentării diferitelor forme de terapii familiale sau de socioterapii, în genere, întrucît sintezele cuprinse în diferitele lucrări de specialitate le analizează cu atenție. Întrucît aceste materiale relevă datele de ordin istoric și diferitele experiențe inițiate în alte țări, am preferat să prezentăm, în acest cadru, spiritul propriu experiențelor din țara noastră.

În *viziunea umanistă a societății noastre, problema adaptării sociale* nu-i doar problemă de opțiune, ci și a eficienței sale și perspectivei ce o oferă pentru activitatea persoanei remise, avînd în atenție satisfacțiile morale și materiale ale muncii.

Ideea modernă a socioterapiilor este că, tot mai mult, *serviciile socioterapeutice din instituțiile medicale trebuie să fie în strînsă legătură cu serviciile medico-sociale ale întreprinderilor*, pentru a pregăti grupurile de muncă în care va fi integrat sau reintegrat subiectul recuperat, pentru ca acestea să exerce continuarea acțiunii socioterapeutice, supravegheate direct de medic și psiholog sau sociolog.

Se poate afirma că, în acest domeniu, validarea rezultatelor optime ale ansamblului recuperator este evidențiată numai atunci cînd subiectul obține rezultate normale și își menține capacitatea și inițiativa în activitate.

5. Unitatea socioterapie-ergoterapie

Ergoterapia definită ca metodă de tratament prin muncă poate determina detășarea bolnavului de eventuale dominante cu ecou traumatizant, poate produce distragerea pacientului de la anumite experiențe și trăiri patologice; ea poate favoriza totodată un reantrenament social și o reintegrare psihosocială a subiectului uman în raport cu ambianța sa de viață. Prin excelență, ergoterapia poate fi unitară cu ansamblul demersurilor și efectelor socioterapeutice, întrucât ea poate genera anumite relații psihosociale active, de intercomunicare umană, cu efecte pozitive pentru starea subiectului și readaptarea sa la contextele socio-umane, de activitate și viață normală.

Putem sublinia că prin conținutul și eficiența ei definitorie, ergoterapia contribuie la eficacitatea globală a demersurilor terapeutice, la amplificarea stărilor de remisie și mai ales la antrenamentul pregătitor pentru reintegrarea socială a subiectului în anumite condiții de activitate și viață normală. Mai ales în clinica pentru expertiza și recuperarea capacității de muncă, programele socioterapeutice — și, implicit, ergoterapeutice — se înscriu ca momente absolut necesare. În finalul demersului terapeutic general se impune să se realizeze un program specific, resocializant și reintegrator, printr-un antrenament psihosocial pregătitor, în vederea reluării modalităților curente de viață și activitate. În modul cel mai deplin posibil, aceste efecte readaptative sînt realizabile prin adoptarea unor programe adecvate de acțiuni ergoterapice și socioterapeutice.

Activitatea ergoterapeutică, în strînsă unitate cu psihoterapiile și cu socioterapiile, trebuie să asigure, totodată: ridicarea tonusului psihic, afectiv; creșterea nivelului motivațional, al aspirațiilor și intereselor; îmbogățirea sferei de preocupări; compensarea deficiențelor și potențarea tuturor disponibilităților readaptative; integrarea socială familială, socio-profesională; orientarea și reorientarea profesională în situații speciale, reintegrarea socioprofesională; valorificarea potențialului restant, a resurselor umane readaptative și sociointegratoare.

Atît în cazul internărilor îndelungate, cît și în cazul unor durate mai restrînse de spitalizare este necesar să se includă demersuri unitare ergoterapice și socioterapeutice specifice. S-au dovedit necesare și practic utile în primul rînd elementele de socioterapie globală, care să realizeze reeducarea comportamentului pe baza conștientizării, a convingerii și implementării noului regim de viață și de relaționare ce se impune în funcție de specificul problemei de sănătate cu care se confruntă bolnavul, cît și în dependență de solicitările particulare în mediile sale sociale proprii, de viață și muncă.

Pentru stabilirea demersurilor socioterapeutice și ergoterapice în raport cu anumite situații, se recomandă luarea în considerație a naturii afecțiunii, precum și a anumitor „variabile” socioumane ale pacientului referitoare la: vîrsta, nivelul anterior de pregătire generală, activitățile socioprofesionale desfășurate, diferitele tipuri de abilități și competențe sociale anterioare etc.

Această cunoaștere de ordin psihosocial devine necesară pentru a stabili demersul terapeutic general, factorii favorizanți sau defavorizanți și strategiile recuperatorii, în vederea unei posibile reintegrări sociale și socioprofesionale a pacientului.

În măsura în care diferitele căi psihoterapeutice și ergoterapice folosesc cadrul social creat, sistemul relațiilor psihosociale de grup, dinamica grupului, coeziunea posibilă și interrelațiile din interiorul acestuia — în vederea readaptării sociale a subiectului, pentru înlăturarea unor tulburări socioafective sau psihocomportamentale — ele pot realiza implicit anumite efecte socioterapeutice.

S-a constatat că utilizarea anumitor modalități de organizare socio-și ergoterapeutice, prin angajarea anumitor roluri și responsabilități accesibile unor pacienți și prin activizarea generală a unor relații și trăiri socioafective pozitive de grup se pot obține situații și efecte sanogenetice specifice. De asemenea, pentru noi s-a relevat faptul că anumite dialoguri de tip clinico-anamnestic sau cele integrate acțiunilor de asistență socială, de consiliere psihosocială, oferite pacientului și mai ales grupului său familial au multiple virtuți socioterapeutice. Totodată, este necesar să avem în atenție raportul dintre statutul inițial al subiectului și devenirea ulterioară, în perspectiva unui optimum posibil al integrării sale sociale și profesionale. Putem afirma că ansamblul demersurilor terapeutice, în plan biologic și psihoterapeutic, își validează eficiența prin socioterapie și ergoterapie și, finalmente, prin efectul social al sistemului de acțiuni recuperatorii, privit în ansamblu.

Ergoterapia urmărește obținerea unor efecte readaptative și resocializante, de restabilire psihosocială, dar și fiziologică, funcțională, prin activități efective de muncă și prin stimularea activismului, a capacităților de efort fizic. Aceasta determină nu numai o amplificare a activismului neuropsihic general, dar și a interesului pacientului pentru spectrul de activități accesibile lui; ele pot avea o contribuție decisivă privind procesul general de restabilire biopsihosocială și de reintegrare a subiectului handicapat în sfera unei vieți normale, echilibrate, armonioase, care presupune participare socială.

Ergoterapia constituie forma cea mai obișnuită și eficientă de *terapie ocupațională*; aceasta cuprinde o sferă mai largă de acțiuni terapeutice recuperatorii, realizate prin diferite tipuri de activități practic-lucrative, dar și de tip creativ. Avem în vedere activități educative curente, artizanale, dar și de arte plastice, de modelaj și sculptură, activități libere, distractive, de joc, dar și unele cercuri care pun în valoare anumite forme de muncă prin care se poate asigura și o nouă abilitate a subiectului, pe direcția anumitor forme de activitate productivă, accesibile lui.

Ergoterapia prezintă multiple virtuți și sub aspectul efectelor ei socioterapeutice; de aceea, considerăm că, în unitatea lor, ergoterapia și socioterapia, precum și ansamblul formelor de „*terapie ocupațională*” se pot subsuma conceptului utilizat în psihiatria din țara noastră de „*psihoterapie integratoare*”. Acest concept cumulează și depășește, în același timp, unele din sensurile pe care psihiatrii francezi le-au cuprins prin termenul de „*terapie instituțională*”; el cuprinde demersuri proprii atât ergoterapiei, cât și socioterapiilor. *Psihoterapia integratoare* vizează evantaiul larg de fenomene recuperatorii „de la simpla gestualitate declanșată la un psihotic inhibat, până la readaptarea socială prin intermediul unei activități productive, remunerate, orientată medical” (P. Brnzei, 1975, p. 305).

Psihoterapia prin activități integratoare în plan social poate cuprinde următoarele forme: — „proceduri ocupaționale”, care au drept scop reactivarea intereselor și preocupărilor efective ale bolnavilor pentru

anumite activități; — „proceduri ergoterapeutice propriu-zise”, care contribuie la activizarea psihosocială a subiectului uman, la generarea unor noi cîmpuri relaționale în plan psihosocial.

6. Cerințe și principii ale demersului ergoterapeutic

Pentru eficacitatea psihomedicală, recuperatorie și readaptativă a programelor ergoterapice, se recomandă respectarea anumitor exigențe metodologice cu valoare de principii: principiul diferențierii și individualizării; principiul activizării complexe, multivalente (a funcțiilor motrice, cognitive, afective, motivaționale, voluntare, a abilităților psihosociale, de interacțiune și interacțiune umană, de colaborare și coacțiune eficace).

De asemenea, se impune unitatea demersului ergoterapeutic, în sensul corelării acestuia cu ansamblul altor direcții de acțiune terapeutică. Principiul compensării și al finalității social-umane a măsurilor terapeutice exprimă alte exigențe în realizarea eficace a programelor de acțiuni ergoterapice.

Ergoterapia vizează ca finalitate majoră reabilitarea psihosocială a subiectului uman prin antrenarea sa în activități efective cu rol sanogenetic și resocializant. Pentru amplificarea efectelor ei, se impune realizarea unei apropieri a condițiilor ambiante din mediul spitalicesc de condițiile obișnuite de viață, prin introducerea unor programe de activități pe măsura posibilităților fizice și psihice ale pacienților.

O condiție a eficacității acțiunilor ergoterapeutice este și aceea a adecvării conținutului lor la specificul potențialului biopsihosocial restant, la natura și stadiul bolii, la sfera abilităților, a intereselor și aspirațiilor specifice bolnavilor.

Un rol important revine și activării „motivației optime în raport cu munca, prin stimularea trebuinței de a munci și prin asigurarea conștientizării valorii și virtuților complexe, sanogenetice ale muncii” (G. Ionescu, 1976, p. 450).

În acest sens, o primă regulă metodologică în acțiunile de ergoterapie o constituie aceea a individualizării activităților ergoterapice, în funcție de potențialul restant, de preferințele sau posibilitățile predilecte ale pacienților, cît și de anumite aspecte favorizante pentru desfășurarea posibilă a anumitor forme de muncă. De aceea, se impune luarea în considerație a tuturor aspectelor specifice fiecărui caz, respectiv studiul caracteristicilor individuale privind: posibilitățile de susținere a unui efort; preferințele și eventualele abilități sau înclinații speciale de care dispun bolnavii; potențialul restant pe care îl posedă fiecare subiect, performanțele minime și maxime pe care le poate atinge; interesul pe care îl manifestă pentru anumite tipuri de activități etc.

Experiența noastră în acest domeniu ne-a evidențiat faptul că, în-deosebi în cazul demersului recuperator complex al subiecților cu afecțiuni de ordin locomotor (survenite prin accidentare etc.), ergoterapia impune o atentă programare succesivă de acțiuni recuperatorii. Acestea presupun „utilizarea tuturor formelor de activități productive și recreative prescrise cu scop terapeutic”; ele „continuă kineziterapia, completîndu-se reciproc prin procesele de reeducare activă, contribuind astfel la recîștigarea gesturilor și operațiilor utilitare, uzuale, cît și a celor implicate în

activitățile profesionale, condiții determinante pentru însuși procesul complex de adaptare și readaptare socială și profesională. Etapa inițială a procesului ergoterapie poate angaja mai ales *ergoterapia psihomotorie*, prin care se urmărește reantrenarea unor funcții motrice solicitate în activități uzuale, pornind de la „gesturile” obișnuite în sfera vieții cotidiene, a acțiunilor de autoservire etc. În cadrul ergoterapiei funcționale, se selectează acele activități simple, de muncă, prin care se realizează, în mod specific, antrenarea funcțiilor afectate. Putem preciza că, în programele de ergoterapie funcțională se vor include treptat antrenamente orientate spre activități productive (în vederea activării funcțiilor alterate), procedind progresiv, de la angajarea unor mișcări simple la activități mai complexe, care să nu depășească însă pragul firesc al rezistenței subiectului. Ca principiu în desfășurarea optimă a programelor de ergoterapie, menționăm: *cerința adecvării și gradării activităților*; *cerința diferențierii și individualizării* acestora în funcție de anumiți factori, printre care menționăm: vîrsta, sexul, profesia, natura, gradul sau complexitatea afecțiunii, preocupările predilecte ale pacientului, interesele, preferințele, înclinațiile și aptitudinile sale etc. Toate aceste criterii vor fi respectate în unitate cu criteriul *adecvării și al optimeii concordanțe în raport cu obiectivele specifice* pe care trebuie să le îndeplinească programul ergoterapie-recuperator: restabilirea progresivă a capacității de muncă și redobîndirea anumitor disponibilități de acțiune efective.

Programele ergoterapice, în cazul recuperării funcționale „pe segmente”, impun respectarea unor principii generale și specifice în funcție de fiecare segment corporal, în funcție de traumatismul suferit etc. Așa cum a rezultat din „sinteza” experienței Institutului de expertiză și recuperare a capacității de muncă (București), pentru eficacitatea programelor ergoterapice în cazul deficiențelor locomotorii, se recomandă utilizarea unor metode și tehnici pentru fiecare segment, în funcție de etapele demersului recuperator, adoptînd metode specifice în fiecare fază, înlănțuind sau corelînd metode și procedee diferite, „aplicate continuu și progresiv, în funcție de gradul, tipul și segmentele traumatizate” (Tamara Dobrin, N. N. Popescu, E. Mincef și colab., p. 59—60). De asemenea, datele noastre, obținute în contextul unor activități de asistență psihologică în cadrul laboratorului de sănătate mintală al Spitalului studențesc ne-au relevat efectul pozitiv al unor terapii ocupaționale, de la cele de profil cultural (lecturi, audiții muzicale sau de arteterapie prin pictură) la cele de tipul muncii în atelierul „Foto” ori al unor lucrări de tip artizanal etc. Am constatat că și unele probe psihologice care generează solicitări similare sarcinilor de muncă intelectuală pot avea efecte similare oricăror altor forme de acțiuni ergoterapice.

Principiul *complementarității* între diferitele procedee terapeutice presupune firesc unitatea de acțiune a echipei terapeutice, armonizarea tipurilor de competență în scopul recuperării capacității de muncă, al readaptării în plan psihic, social și profesional. Totodată, subliniem că și în realizarea eficace a programelor de activități ergoterapeutice se impune principiul unității demersurilor diagnostice și recuperatorii, pentru optima lor finalizare în folosul pacientului și al comunității socioprofesionale. Este recomandabil să se înregistreze sistematic efectele și progresele determinate de diferitele programe ergoterapice, în fiecare caz, pentru ca, pe această bază, să se precizeze evaluările cu caracter diagnostic și prog-

noștie asupra situațiilor proprii pacienților și să se amelioreze permanent conținutul programelor de acțiuni terapeutice.

Totodată, considerăm important să subliniem că se impune să avem permanent în vedere *sensul uman și social al acțiunilor recuperatorii*: integrarea optimă a omului în situațiile de muncă și viață, de activitate socio-profesională accesibilă lui, reeducarea subiectului în raport cu cerințele profesiei de bază sau în relație cu meseria spre care este reorientat în funcție de pregătirea sa, în situații de activitate și viață cotidiană. De aceea, ergoterapia își poate împlini virtuțile ei multiple în strînsă unitate cu demersuri proprii socioterapiilor.

Subliniem că demersul acțiunilor de recuperare nu poate fi privit decît în legătură cu sensul real al proceselor de restabilire a funcțiilor normale caracteristice etapelor anterioare din viața și activitatea subiectului, în limitele forțelor, ale posibilităților și ale vocației sale. Din această perspectivă, sarcina recuperării este aceea de reconstrucție, de remodelare și re-adaptare socioprofesională la o altă funcție cît mai potrivită, reamplasînd omul într-un drum nou de evoluție, optimă pentru el și pentru societate, care să-i asigure o direcție de integrare în munca utilă social, care să-i fie accesibilă lui, acceptată de el, însușită efectiv, dar și motivată pozitiv, care să-i confere o nouă perspectivă de realizare socială, profesională, valoric-umană. Important este ca, ceea ce va reuși să realizeze să poată deveni util pentru el și pentru societate, să-i ofere satisfacție și posibilități de evoluție umană pozitivă.

Bibliografie

- Brînzei, P., *Itinerar psihiatric*, Iași, Edit. Junimea, 1975.
Dobrin Tamara (coord.), H. Popescu, E. Mincef și colab., *Studiu privind recuperarea capacității de muncă a deficienților locomotori prin accidentare*, București, IERCM, 1974.
Ionescu, G., *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973.
Ionescu, G., *Ergoterapia*, în : *Psihiatrie* (red. V. Predescu), București, Edit. medicală, 1976, p. 449—453.

PSIHOTERAPIA ÎN CONDIȚIILE PSIHOFARMACOLOGIEI

Interacțiunea tratamentelor biologice și psihologice a ilustrat practica psihiatrică încă de la începuturile sale, cele două orientări terapeutice înregistrând, succesiv, perioade de ascensiune și declin. Cu 30 de ani în urmă, odată cu descoperirea primului medicament neuroleptic-clorpromazina, s-a inaugurat o nouă știință, *psihofarmacologia*, care prin obiectivele sale, de modificare a comportamentelor și prin caracterul interdisciplinar, se situează „la încrucișarea științelor biologice și a științelor morale” (J. Delay, 1966, p. 1151).

Dezvoltându-se cu o rapiditate uimitoare, această nouă știință îndeplinea un vechi deziderat al psihologiei și medicinei, și anume acela de a influența, cu ajutorul unor substanțe farmacodinamic-active, funcțiile psihice, dar mai ales de a le normaliza în eventualitatea perturbării lor. Astăzi, după 30 de ani de utilizare clinică a psihotropelor se poate consemna că pentru gnoseologie și filozofie consecințele doctrinare ale acestui fapt sînt cel puțin la înălțimea succeselor terapeutice.

Apărută în domeniul psihiatriei, psihofarmacologia a pătruns și în alte arii ale medicinei, psihotropole fiind astăzi larg utilizate în bolile psihosomatice, precum și în chirurgie, respectiv în anesteziologie.

În psihiatrie, această nouă disciplină a făcut epocă deschizînd „era psihofarmacologică”, iar prin restructurarea concepțiilor despre boala psihică a declanșat „revoluția psihofarmacologică”. Aceasta a limitat, iar în unele locuri a înlăturat aplicarea procedeeleor terapeutice devenite tradiționale, supunînd interogațiilor în special metodele psihologice ce nu-și găseau o validare și imediată obiectivare a rezultatelor clinice.

S-a cristalizat astfel *opoziția psihofarmacologie-psihoterapie*, care prin dispute doctrinare și-a găsit sorgintea în vechea dihotomie somă-psihic. Această fastidioasă clivare a fost extrapolată din filozofie în patologie, unde s-a concretizat prin *opoziția somatogenie-psihogenie*.

Prioritatea terapeutică din psihiatrie trimitea astfel la natura bolii psihice — psihofarmacologia ipostaziindu-i somatogenia, iar psihoterapia argumentîndu-i psihogenia. Disputa nu a fost însă purtată pe tărîmul filozofiei, ci în domeniul psihopatologiei, unde vechea confruntare a fost subliniată într-o atentă culegere și o răbdătoare decantare a rezultatelor clinice. Acestea sînt cu atît mai valoroase cu cît nu constau în ordonarea de argumente, ci în constatarea unor situații clinice concrete, în fapte de viață evidente, care ilustrează și sub acest unghi, al somatopsihogenezei, dialectica unității și unicitatea materialității.

Confruntările dintre psihofarmacologie și psihoterapie au ocazionat crearea unor noțiuni noi, a căror accepțiune nu servește atît la delimitarea unor aspecte ale domeniului, cît la ipostazierea elementului considerat esențial în desfășurarea tratamentului. Astfel, termenul de *farmacopsihoterapie* tinde să exprime sinteza celor două orientări terapeutice, respectiv

a „efectelor farmacodinamice și a relației chimioterapeutice cu relația personală și socială medic-bolnav, luată în sensul ei clinic” (H. J. de Barahona-Fernandez, 1966, p. 256). La rândul lor, termeni ca *neuroleptopsihiatria* și *neurolepticoterapia* ar corespunde unei „concepții biologice despre boala mintală conform căreia, în timpul tratamentului ne ghidăm după faptul că unui anumit simptom îi corespunde... un anumit tip de prescripție” (J. Guyotat, 1975, p. 225).

Considerăm că noțiunile de *psihochimioterapie* și de *chimiatrie* au un conținut limitativ și un sens peiorativ fiind folosite mai ales de către psihanaliză, spre a ilustra, în concepția acestei doctrine, naivitatea pragmatică și ofensa etică de a trata procesele psihice prin substanțe chimice.

1. Originile opoziției între psihofarmacologie și psihoterapie

În anul 1952, data debutului oficial al psihofarmacologiei clinice, mișcarea ergoterapeutică era încă într-o impetuoasă dezvoltare, determinată de observațiile din perioada războiului conform cărora bolnavii psihici cronici, care în mod forțat părăsiseră azilele psihiatrice, se încadraseră cu un realism surprinzător în activități agricole și casnice din diverse gospodării în care ajuseseră întâmplător. Deși ferm încurajată, *ergoterapia* era însă prea puțin asistată de către medici, locul acestora fiind luat de așa-numiții instructori ergoterapeuți. Relația cu obiectul muncii ocupa astfel rolul principal, în timp ce relația terapeutică era trecută în subsidiar.

Considerăm că acest fapt a determinat în anii '50 amploarea și diversificarea *psihoterapiilor*, care ipostaziaua relația cu pacientul, luat în sarcină direct de către terapeut. Acest lucru nu putea fi realizat însă decât cu un număr restrâns de pacienți, psihoterapiile fiind aplicate electiv și, desigur, restrictiv. Terapeuții se întreceau în ordonarea criteriilor de selecție relativ specifice fiecărei metode psihoterapeutice, *screening*-ul impunând nu numai respectarea criteriului, ci și (mai ales) evaluarea prognosticului. În aceste condiții psihoterapeuții au obținut succese certe, dealtfel încă din start întrezărite. În plus, cum psihoterapiile erau axate pe tratamentul reacțiilor și stărilor nevrotice, cura terapeutică având o durată îndelungată, de luni și mai ales ani de zile, era greu de precizat în ce măsură la vindecare a contribuit psihoterapia, evoluția naturală a bolii sau forța vindecătoare a timpului.

În acest context, dezvoltarea *psihofarmacologiei* avea să înlăture avatarurile psihoterapiei prin generalizarea aplicării și facilitatea administrării. Aceste caracteristici, ca și formația pregnant medicală a terapeuților a determinat rapida răspândire a psihofarmacologiei, favorizată de căutarea și descoperirea de noi psihotrope, fiecare dintre ele fiind investit cu tot mai intense speranțe terapeutice, pe măsura noutății sale. S-a ajuns astfel ca după numai două decenii de la apariția primului neuroleptic, numărul acestora, adăugat la ansamblul psihotropelor să depășească numărul produselor farmaceutice utilizate în toate celelalte ramuri ale medicinei, luate la un loc. Psihiatrul, pînă atunci lipsit de posibilitatea prescrierii de medicamente (cu excepția hipnoticelor și a unor sedative), era reinvestit ca medic și consacrat ca un terapeut abil și sofisticat.

2. Investiție narcisică și realitate farmacodinamică

Creșterea numărului psihotropelor și succesiunea lor rapidă a făcut din psihiatru nu numai un terapeut (asemenea colegilor din alte ramuri ale medicinei), ci și un abil cercetător, capabil să influențeze și să corecteze cele mai fine și subtile tulburări ale psihologiei umane. Psihoterapiile sînt lăsate în umbră, eventual în seama psihologilor, psihofarmacologia conferind psihiatrului „fantasma puterii sale sub halatul de medic”... ce deținea, totodată, „primatul medicamentelor necunoscute” (P. Balvet, 1965, p. 2) de către medicii altor domenii clinice.

Pe de altă parte, nu numai psihiatrul era investit ca terapeut cu virtuți vindecătoare, ci și neurolepticul era acreditat cu acțiuni farmacodinamice superioare celor reale. Aceasta corespundea nu numai speranțelor pacienților, ci și proiecției psihiatrilor, recent dar înalt valorizați ca terapeuți în ansamblul corpului medical.

Nu numai în domeniul clinic, ci și în experimentarea și validarea terapeutică a unor noi neuroleptice, investiția narcisică a acestora „risca să întretaie și să altereze aprecierea obiectivă a rezultatelor” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 63).

Relativ repede după lansarea neurolepticelor s-a constatat însă că acestea nu acționează cauzal, situație datorată în special faptului că psihiatria nu a descifrat și nu stăpînește încă etiologia bolilor psihice. Astfel, a devenit evident că neurolepticele acționează mai degrabă periferic, simptomatologic și eventual sindromologic, în special asupra agitației și dezordinilor afective, unele dintre acestea, incisivele, determinînd o scădere și limitare în fenomenologia psihică, realizată pe cale chimică.

Apreciîndu-se că neurolepticele „au o acțiune evidentă”, se consideră totuși că fără psihoterapie, această acțiune „riscă să rămînă simptomatică”, întrucît „numai tehnicile psihoterapeutice permit să se meargă la fondul problemei” (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 79). Totodată psihoterapiei i se atribuiă valențe etiologice, preconizîndu-se că ar fi „tipul de tratament cel mai cauzal și cel mai puțin simptomatic dintre toate tipurile de terapie cunoscute”, în timp ce „terapia farmacologică este doar un tip de tratament simptomatic” (S. Arieti, 1974, p. 527).

În studiile de specialitate, dar mai ales în concepția terapeutică a psihiatrilor, au început să apară semne de ceea ce putem denumi *saturație neuroleptică*, de epuizare a elanului inițial, iar numărul extrem de mare al neurolepticelor îl putem aprecia nu atît ca o expresie a eficacității, cît mai ales un indiciu al insatisfacției legate de acțiunile lor periferice, limitate. Mai mult chiar, forța terapeutică pe care psihiatrul o găsisese în psihofarmacologie se dovedea a nu fi „decît o fantasmă iluzoriu valorizată, o fantasmă care-i deforma chiar propria semnificație de psihiatru” (P. Balvet, 1965, p. 12). Într-adevăr, avîntul terapeutic pe care l-a adus în medicina psihiatrică medicația, a minimalizat și a deformat în mod semnificativ relația : între pacient și terapeut se intercalase neurolepticul care, servind ca element de referință, „învăluia” problematica omului aflat în suferință.

Problemele subiectivității insului, pentru moment ignorate, se cereau a fi reconsiderate și reevaluate în mod răbdător, metodic și cu aplomb științific. Pe acest fundal, metodele de psihoterapie, pînă atunci aplicate

în mod empiric își delimitează domeniul și își îmbogățesc conținutul. Apar noi metode de psihoterapie care-și propun să valorifice elemente sanogenetice ale laborioasei *cure psihanalitice*, după cum, pornind de la alte principii metodologice se extind *psihoterapiile comportamentale* sau prin *deconditionare*. Ca o replică terapeutică la limitarea ori sacrificarea subiectivității insului (în relația terapeutică) impusă de cura neuroleptică, apar *psihoterapiile umaniste*, ecouri și efecte concrete în domeniul psihopatologiei clinice al curentelor existențialiste.

Acest nou impuls de dezvoltare, reascensiune și revalorizare a psihoterapiei era determinat și de faptul că, cel puțin în anumite medii socio-culturale, recurgerea la psihotrope era interpretată și trăită ca un fapt de nonangajare, de renunțare de-a lua în sarcină pacientul și de a-l orienta printr-o acțiune calificată și răbdătoare.

Atacul cel mai violent, mai angajat (pe care-l considerăm disproporționat) asupra psihofarmacologiei nu a venit, cum s-ar fi așteptat, din partea psihologiei (amplu implicată în studii farmacodinamice), ci din partea psihoterapiei psihanalitice.

3. Știința psihofarmacologică și psihoterapia psihanalitică

Printre alte merite ale psihoterapiei psihanalitice trebuie menționat și faptul că ea se bucură de adepți intransigenți și efectiv angajați. În lupta de opinii cu alte curente din medicină sau cu alte orientări terapeutice, ei s-au dovedit întotdeauna militanți total angajați, capabili să apere cu ferveare chiar principii terapeutice care nu-și găsesc argumentare. Siderată de apariția altor metode psihoterapeutice care-i împrumutau procedeele și noțiunile uitând să-și mărturisească originile, ori dezavuată de alte orientări psihoterapeutice care-i invocau limitele și-i minimalizau succesele, psihanaliza și-a focalizat pulsunile agresive generate de repetate refulări din domeniul psihopatologiei clinice asupra terapiei psihofarmacologice.

Un prim front de atac a fost de ordin noțional-semantic; astfel, în accepțiunea psihoterapeuților psihanalisti, substanțele psihotrope și, în special, neurolepticele au fost denumite „droguri” contaminându-le astfel de sensul cu o accepțiune peiorativ-negativă în care este folosită această noțiune, nu numai în ariile medicale ci și în anumite medii culturale. De asemenea, psihiatrul care folosea în practica terapeutică substanțele psihofarmacologice a fost denumit „prescriptor” sau „distribuitor de droguri”, negându-i-se odată cu accesul la aplicarea metodelor psihoterapeutice aportul personal în edificarea și reușita actului terapeutic. În sfârșit, el mai este denumit „chimiater”, iar științei pe care el o reprezintă îi este refuzat termenul consacrat de psihiatrie, ea fiind etichetată „chimioterapie” ca și cum aceasta ar fi abandonat problematica psihologică a tulburărilor psihice.

3.1. *Opoziția de principiu a psihanalizei față de psihofarmacologie* se bazează pe faptul că orice psihoterapie pleacă de la ceea ce trăiește bolnavul, iar medicul trebuie să adopte o atitudine adecvată pentru a-l scoate din cercul vicios al *apărărilor* sale; de asemenea, terapeutul trebuie să simtă și să înțeleagă bolnavul fără interferența vreunor aparate, substanțe sau sisteme explicative, pe care psihanaliza le respinge denumindu-le generic „ecrane”. Medicamentul este denunțat ca unul dintre aceste ecrane,

fiind folosit de terapeut pentru „satisfacerea unui sentiment de putere” (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 84), vorbindu-se de „drogul biberon” sau „drogul lovitură de ciocan”, metafore tendențioase, dar nu lipsite de corespondențe semantice. Conform psihoterapiei psihanalitice, singurul aparat capabil de a înregistra fenomenologia psihică a pacientului este psihismul terapeutului a cărui „neutralitate binevoitoare” îi asigură obiectivitatea în comunicare. În plus, psihanaliza acreditează comportamentul bolnavului cu un anumit sens, evident simbolic, pe care în concepția sa, numai o perspectivă psihodinamică îl poate descifra și reintegra în efortul răbdător al reconstrucției psihice.

În domeniul său aplicativ psihoterapia psihanalitică preconizează crearea între medic și bolnav a unui „spațiu analitic”, în care singurul mod de expresie autorizat este cuvântul” (P. Ginestet et al., 1979, p. 8). Orice intervenție psihofarmacologică nu face decît să perturbe acest spațiu, prejudiciind relația medic-pacient și bineînțeles, vindecarea acestuia.

La rîndul lor, psihoterapiile de inspirație psihanalitică sînt orientate în două direcții și anume: a) asupra evoluției relației medic-bolnav și a fenomenelor care apar în cîmpul intersubiectiv și b) asupra mutațiilor structurale care apar în cursul psihoterapiei, printre care, reechilibrarea afectivă și izolarea focarului psihotic joacă un rol predominant. Chiar și în condițiile acestor psihoterapii al căror scop constă în restabilirea echilibrului afectiv, și nu în modificarea unor organizări conflictuale profunde (care constituie un scop al psihanalizei clasice), intervenția psihofarmacologiei determină perturbări care se manifestă atît *la nivel rațional*, prin alterarea caracterului simbolic al schimburilor intersubiective, cît și *la nivel structural*, intrasubiectiv, prin modificarea caracterului mutațiilor psihopatologice care au loc în cursul terapiei. În plus, întrucît orice medicament este investit cu o valoare simbolică, prescrierea sa de către psihoterapeut ar „contamina” neutralitatea acestuia și implicit ar perturba dinamica intersubiectivă a relației sale cu pacientul. Tocmai de aceea printre principiile psihoterapiei psihanalitice se înscrie păstrarea „neutralității” psihoterapeutului și menținerea „asepsiei cîmpului analitic”. Totuși, în anumite situații, cînd securitatea imediată a bolnavului este în pericol, psihanaliza acceptă ca acestuia să i se ofere „cîrja farmacologică”.

3.2. Terapia bifocală — compromisul psihanalistului, impus de amenințarea existenței pacientului. În cazurile de urgență psihiatrică, în stări depresive și întotdeauna cînd bolnavii sînt animați de idei și tentative autopunitive, psihanaliza acceptă ca aceștia să urmeze tratamente farmacologice active: la cura psihoterapeutică se adaugă medicația psihofarmacologică. Întrucît starea psihică a pacientului impune luarea totală în sarcină a acestuia, se consideră că este „logic nu numai de a conjuga abordarea chimică și psihoterapeutică, ci și ca ambele să fie furnizate de același terapeut” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 81). Sub aspect psihoterapeutic, medicul va putea astfel să folosească investiția pozitivă a medicamentului acționînd, totodată, psihologic asupra stării regresive a pacientului. Astfel, în practica terapeutică, medicul este determinat deseori de a juca simultan rolul chimioterapeutului și al psihoterapeutului, „în funcție de situația clinică”, punînd pe prim plan „unul sau altul din aspectele personajului său” (G. Bouckson, 1965, p. 89).

În cazurile în care tratamentul se impune pentru o lungă durată, rolurile de psihoterapeut și de chimioterapeut sînt diferențiate și asigurate,

de două persoane cu sarcini terapeutice distincte. Desigur, în aceste situații, psihanalistul nu va „prescrie droguri”, ci va forma împreună cu un psihiatru *diada psihoterapeut-chimiatru*, în cadrul căreia primul își păstrează nestirbite valențele psihoterapeutice, în timp ce al doilea realizează prescripțiile psihofarmacologice. La anumite consfătuiri și congrese s-a insistat asupra faptului că și în aceste situații de *dualitate terapeutică*, pacientul trebuie încredințat psihanalistului, ilustrându-se astfel tendința hegemonică a psihanalizei asupra ansamblului terapiei bolnavilor psihici. S-a preconizat, de asemenea, ca și coterapeutul „prescriptor de droguri” să fie psihanalizat (supus desigur unei analize didactice), pentru a se realiza astfel o formațiune omogenă, în cadrul căreia cei doi terapeuți să-și poată schimba rolurile.

Totuși *terapia bifocală* nu pare să rezolve decât în parte perturbările (respectiv „contaminările și fenomenele de bruiaj”) pe care le implică intervenția psihofarmacologică; în cel mai bun caz, prin această bifocalitate a terapiei pot fi eliminate alterări marginale (conjunctural-relaționale), deci intersubiective dintre pacient și psihoterapeut, rămânând nerezolvate cele profunde, intrasubiective.

În ansamblul lor însă, aserțiunile privitoare la bifocalitatea tratamentului și la psihanalizarea psihofarmacologului au mai mult valoare metodologică decât aplicabilitate practică și ilustrează, așa cum se arată într-un studiu, asupra pozițiilor psihanalitice în fața chimioterapiilor psihiatrice „pretențiile hegemonice ale terapiei analitice” (Cl. Blanc, 1966, p. 707) fără ca acestea să fie însă acreditate cu rezultate terapeutice. Totuși, autorul citat, unul dintre protagoniștii psihanalizei moderne, care cu mai puțin de două decenii în urmă, încrezător în virtuțile metodei, îngăduia compromisuri declarînd că „analistii se felicită că psihofarmacologia lărgeste posibilitățile psihoterapiei și permite să abordăm cu un echipament conceptual analiza bolnavilor anterior refractari la orice psihoterapie veritabilă” (Cl. Blanc, 1966, p. 739), nu intuia ce contraargumente practice severe îi va aduce psihofarmacologia, pe care o accepta cu îngăduință, dar fără încredere.

3.3. Evidențele psihofarmacologiei clinice și postulatele psihoterapiei. În activitatea practică, psihanalistii sînt însă mult mai concesivi decât în disputa teoretică și încă din perioada de ascensiune a psihofarmacologiei „mulți terapeuți de formație psihanalitică, deși cu rezerve, încep a accepta adăugarea chimioterapiei la metodele lor” (H. J. de Barahona-Fernandes, 1966, p. 285).

Totodată, supoziția psihanalitică în virtutea căreia intervenția neurolepticelor ar diminua dorința de vindecare a pacienților este pusă la îndoială, infirmîndu-se faptul că anularea anxietății ar diminua motivațiile pentru tratament în cadrul psihoterapiilor psihanalitice.

De asemenea, încă din perioada anilor '60, a început să se cristalizeze convingerea că în stările de urgență psihiatrică, mai ales în cele ocazionate de fenomenologia psihotică, intervenția psihofarmacologică apare nu numai ca o alternativă dezirabilă, ci și ca o indicație terapeutică incontestabilă. Totodată, într-o dezbatere ocazionată de aniversarea a două decenii de la apariția psihofarmacologiei, avînd ca temă „neuroleptice și psihoterapii”, argumentîndu-se asocierea celor două orientări terapeutice se menționa că „deblocarea prin psihoterapie a unei stări de angoasă, care ar mobiliza o energie biologică importantă, nu constituie un argument

suficient pentru a respinge, în cursul psihanalizei, orice recurs chimioterapeutic" (J. P. Muiyard, 1975, p. 288).

3.4. *Observații ale psihanalizatorilor asupra utilizării comparative a psihoterapiei și neurolepticelor.* Acceptând că „factorii psihodinamici” nu acoperă în întregime etiologia psihozelor, psihanaliza consideră actualmente că aceștia sînt factori esențiali ai determinării bolilor psihice și „pot fi modificați prin metode psihoterapeutice” menționindu-se totodată că „psihoterapia nu atacă toate elementele etiologice” și „nu poate fi considerată complet specifică” (S. Arieti, 1974, p. 527).

Pornind de la această aserțiune concesivă, menționată și în alte studii de psihoterapie, numeroși psihanalizatori, mulți dintre ei consacrați (L. Gottschalk et al. 1965; L. Bellack și S. Rosenberg, 1966; G. L. Klerman, 1975 etc.) au recurs la o „testare sistematică” a efectelor neurolepticelor asupra „proceselor psihodinamice”. Astfel de studii au fost inițiate la începutul anilor '60 și se pare că G. J. Sarwer-Foner (1960) și M. Ostow (1962) au fost „primii psihanalizatori care au discutat deschis problema posibilității utilizării medicamentelor în tratamentul orientat psihanalitic” (Myrna M. Weissman, 1981, p. 1314).

Subliniem că în această perioadă, deși s-a discutat deschis, problema nu a fost abordată sub aspectul opoziției psihofarmacologie/psihanaliză, ci numai din punctul de vedere al necesității corelării lor, adunîndu-se argumente în sprijinul complementarității metodelor. Se menționa însă că psihofarmacologia aduce doar o ameliorare a elementelor formale simptomatologice, numai psihanaliza avînd acces asupra *proceselor* patologice. Cu toate aceste limite, studiile citate au totuși meritul de a fi apărut într-o țară unde psihanaliza era consacrată, deținînd supremația terapeutică și într-o perioadă în care opoziția psihofarmacologie/psihoterapie părea ireductibilă.

Studii ulterioare asupra acestei probleme, efectuate de către B. P. Karon și G. R. Vandenbos (1972), s-au dovedit a fi mai cutezătoare, cel puțin sub aspectul metodologiei de cercetare, în care, s-au analizat comparativ, pe grupe paralele de pacienți, eficacitatea psihoterapiei psihanalitice „active” fără medicație, a psihoterapiei psihanalitice cu medicație neuroleptică adjuvantă și a medicației (fenotiazinice) fără psihoterapie. S-a constatat astfel influența favorabilă a substanțelor psihofarmacologice asupra curei psihoterapeutice psihanalitice. Acceptînd influența neurolepticelor asupra proceselor psihodinamice, psihoterapeuții psihanalizatori considerau că răspunsul terapeutic final este determinat de modul în care ameliorarea simptomelor poate fi integrată în psihodinamica proprie a pacientului. Cu alte cuvinte, substanțelor psihofarmacologice li se atribuia rolul de adjuvante psihanalitice, aportul lor fiind remarcat în măsura în care puteau estompa apărările și conflictele, redistribuind energiile pulsionale în cadrul psihodinamicii personale.

Considerăm că ultimul act al disputei psihofarmacologie/psihanaliză este în curs de desfășurare, eficacitatea neurolepticelor în competiție cu psihoterapia psihanalitică fiind probată nu numai în privința pacienților cu psihoză acută, cit și în tratamentul pacienților psihici cronici. Astfel, L. Grinspoon et al. (1972), L. Grinspoon și R. I. Shader (1975) au cercetat comparativ efectele psihoterapiei psihanalitice (de lungă durată) și al neurolepticelor asupra pacienților schizofreniei cronici. Elaborat după o metodologie riguroasă (rezultatele tratamentelor fiind consemnate în scale de evaluare comportamentală și simptomatologică) acest studiu,

care a durat peste doi ani, a consemnat, printre alte concluzii faptul că : — grupul de pacienți, care a fost tratat cu fenotiazine și psihoterapie psihanalitică, a obținut rezultate „semnificativ superioare” față de grupul care a primit placebo și psihoterapie psihanalitică ; — pacienții care au fost tratați timp de doi ani prin psihoterapie psihanalitică și placebo nu au înregistrat modificări ale stării psihopatologice ; — pacienții care au fost tratați timp de doi ani prin psihoterapie psihanalitică, perioadă în care, timp de 10—12 luni au primit și fenotiazine, au înregistrat ameliorări ale stării psihice numai în intervalul în care au urmat tratament psihofarmacologic, după care „starea lor s-a stabilizat” deși psihoterapia psihanalitică a continuat. Menționăm că în cadrul acestor studii tratamentul psihanalitic a fost asigurat de psihanalisti „seniori”, precizarea impunându-se prin aceea că altor cercetări, cu rezultate asemănătoare li s-a reproșat faptul că în psihoterapie au fost folosiți psihanalisti începători.

Cu toate că sînt edificatoare, aceste studii, ca și altele similare, sînt încă puțin cunoscute și nu pot fi considerate ca hotărîtoare. Ele au fost efectuate pe un număr restrîns de pacienți selecționați după un singur criteriu, acela al vechimii bolii, ignorîndu-se alte caracteristici ale acestei afecțiuni care cunoaște o etiologie plurifactorială și un polimorfism clinic extrem. Cu toate aceste considerente, studiile amintite sînt deosebit de semnificative și nu mai puțin pertinente. Ele ridică mari semne de întrebare asupra eficienței psihoterapiei psihanalitice în psihoze și pun problema retrimiterii acesteia spre tratamentul stărilor marginale și mai ales în nevroze.

La aceste considerente de opțiune și metodologie terapeutică se adaugă actualmente aspecte de responsabilitate profesională și morală determinate de studii recente care atestă că viitorul unui pacient psihotic depinde de oportunitatea tratamentului psihofarmacologic al primilor ani de boală. Această aserțiune este de natură să tempereze și să limiteze elanul și mai ales hegemonismul terapeutic al psihanalizei pe care continuatorii lui S. Freud l-au promovat cu fanatismul credinței care le-a determinat un anumit grad de cecitate asupra datelor științei. Eroarea lor primordială constă în aceea că au uitat, ori fără îndoială au ignorat, ceea ce părintele psihanalizei, cu geniala-i intuiție, a preconizat : „în viitor vom putea poate să exercităm o influență directă cu ajutorul substanțelor chimice speciale asupra cantităților de energie și asupra distribuirii lor în aparatul mental”. Așa cum se subliniază, „acest viitor a devenit o realitate prezentă” (J. Delay, 1966, p. 1157) fapt ce este reconfirmat de studiile actuale cu vigoare și cu semnificație elocventă.

4. Psihofarmacologia și psihoterapia de grup

Dezvoltate din psihoterapiile individuale și păstrînd în linii mari principiile lor metodologice, psihoterapiile de grup tind să ocupe un loc din ce în ce mai important în ansamblul tratamentelor psihiatrice, și anume : — cuprinderea unui număr mare de pacienți și — efectuarea lor cu precădere în condiții de spitalizare. Este posibil ca aceste aspecte să fi constituit argumente care au determinat cercetarea comparativă a celor două modalități terapeutice.

Într-un astfel de studiu, urmînd un procedeu dublu-orb, D. R. Gorham și A. D. Pokorny (1964) au cercetat comparativ, pe trei grupe de pacienți, efectele : — psihoterapiei de grup asociate cu tratament feno-

tiazinic; — psihoterapiei de grup fără fenotiazine și — tratamentului fenotiazinic fără psihoterapie. Ca primă și esențială observație a acestei cercetări este aceea că *terapia prin fenotiazine*, cu sau fără psihoterapie de grup, *a realizat cel mai înalt grad de ameliorare*. Totuși, asocierea psihoterapiei la tratamentul neuroleptic a determinat la pacienți o mai bună relaționare evidențiată prin tehnici proiective și prin chestionare.

Observații asemănătoare au fost făcute și prin analiza celor două modalități terapeutice aplicate pacienților schizofrenici aflați în tratament ambulator. Astfel, J. L. Claghorn et al. (1974) au asociat psihoterapia de grup la două loturi de bolnavi tratați diferit, cu două neuroleptice. Comparativ, au fost analizate alte două loturi de bolnavi tratați numai cu neuroleptice. Scopul acestei cercetări a fost dublu și anume, de a constata care din cele două neuroleptice este mai activ în tratamentul schizofreniei și în care asociere neuroleptică, psihoterapia de grup oferă rezultate mai bune. După șase luni de tratament s-a constatat că cele două neuroleptice (clorpromazină și tiotixen) au determinat ameliorări întru totul asemănătoare. De asemenea, *adăugarea psihoterapiei de grup la două din loturile de pacienți tratați cu clorpromazină și cu tiotixen nu a ridicat semnificativ calitatea ameliorărilor față de loturile care au primit aceleași neuroleptice fără psihoterapie*; totuși, pacienții care au făcut și psihoterapie au prezentat „modificări discrete” în privința fenomenologiei afective.

5. Psihofarmacologia și metodele psihoterapeutice moderne : psihoterapiile comportamentale sau prin decon condiționare

Urmind aceeași tendință de testare a eficacității diverselor metode terapeutice, unele studii au urmărit, comparativ, acțiunea tratamentelor psihofarmacologice și a psihoterapiilor comportamentale. Acest grup de psihoterapii pornesc de la premisa că „simptomul rezumă boala”, înlăturarea fenomenologiei clinice fiind deci singurul scop al intervenției psihologice. Deși psihoterapeuții decon condiționării nu-și pun cu rigoare problema naturii bolii (care pentru ei nu constituie o preocupare), din concepția lor se subînțelege că aceasta are o sorginte psihogenetică. În această situație, „răsunetul emoțional al situației patologice trebuie păstrat” și în consecință tratamentul psihofarmacologic asociat la psihoterapia prin decon condiționare „este contraindicat” (P. Ginestet et al., 1979, p. 8).

Cu toate aceste aserțiuni teoretice, G. L. Paul et al. (1972), ca și R. P. Liberman et al. (1973), în urma unor studii comparative efectuate asupra pacienților schizofrenici cronici spitalizați, subliniază că terapiile comportamentale sînt „tot atît de eficiente” ca și substanțele psihofarmacologice.

Se pare că în psihozele afective, unipolar-depresive, tehnicile aser-tive au realizat ameliorări întrucîtva superioare celor obținute prin substanțe antidepressive. Astfel, se citează studiile efectuate de A. J. Rush (1977) care a aplicat unui grup de 41 depresivi, terapia comportamentală în ședințe bisăptămînale. Acest lot a fost comparat cu un altul în care pacienții primeau 250 mg. imipramină zilnic. După un tratament care a durat trei luni, ambele grupuri de pacienți au înregistrat scăderi semnificative ale simptomatologiei depresive. Totuși, spre deosebire de grupul tratat cu antidepressive, în grupul tratat prin psihoterapie comportamen-

tală, un număr de peste trei ori mai mare de bolnavi au prezentat o „remisiune completă a simptomelor, iar rata recăderilor la acești pacienți a fost mai scăzută” (cf. Myrna M. Weissman, 1981, p. 1318).

6. Extinderea indicațiilor psihoterapiei prin intermediul psihofarmacologiei

Urmărind evoluția celor două principale mijloace terapeutice actuale, constatăm că opoziția psihoterapiei la apariția și dezvoltarea psihofarmacologiei nu a fost justificată, minimalizarea sau negarea acesteia fiind excesivă și disproporționată. Respinsă din considerente teoretice, psihofarmacologia a trebuit să fie aplicată în virtutea necesităților practice, convergența terapeutică spre care se tinde fiind tot mai mult invocată de însăși evoluția clinică. Acest fapt a fost preconizat după primele observații clinice asupra efectului neurolepticelor și subliniat în mod constant de către clinicieni cu cel mai înalt prestigiu; astfel, „nu numai că chimioterapiile n-au restrâns indicațiile psihoterapiei, ci, dimpotrivă, le-au lărgit considerabil, făcându-le aplicabile la categorii de bolnavi care înainte nu beneficiau de ele. În majoritatea psihozelor, cura neuroleptică ridicând obstacolele (barajul, delirul, agitația) antrenează posibilitățile de contact și de relație interumană” (J. Delay, 1966, p. 1155).

Inițial, această extindere a acțiunilor și indicațiilor psihoterapiei s-a realizat prin utilizarea substanțelor psihotrope (în special hipnotice, dar și psihoanaleptice) la edificarea unor metode psihoterapeutice ca *narcoanaliza*, *weckanaliza* sau *șocul amfetaminic* și *oniroanaliza*. Cu indicații limitate, aceste metode au dominat terapia psihiatrică a primului deceniu postbelic, pînă la apariția neurolepticelor. Deși bazate pe substanțe farmacologice, aceste metode terapeutice rămîneau în esența lor psihologice și de aceea nu au determinat controverse teoretice. Ulterior însă, odată cu apariția și extinderea neurolepticelor, acestora li s-a recunoscut doar o acțiune superficială, periferică și nespecifică.

Treptat însă, prin observații clinice și mai ales prin studii psihologice, s-a constatat că substanțele psihofarmacologice au acțiuni farmacodinamice mai complexe și întrucîtva caracteristice; s-a constatat astfel că psihotropele, deși nu au o electivitate nozografică, dispun de o acțiune evident-sindromologică, ea fiind net determinată de structura chimică. Din acest punct de vedere, referindu-ne numai la grupa neurolepticelor, constatăm că, deși există clinicieni care le acordă o acțiune „globală”, diferențiată numai prin mînuirea dozelor, studii mai aprofundate ilustrează existența unui spectru de acțiune ce poate fi cuprins între polul sedativ și cel incisiv (P. A. Lambert și L. Revol) sau între polul sedativ și cel dezinhibitor (P. Deniker), după cum li se descriu „tipuri de acțiuni”, ca „anti-autiste”, „antidelirante”, „antimanice” etc. (J. Bobon).

Acest grad, desigur limitat, de specificitate farmacodinamică poate fi folosit cu succes în cura psihoterapeutică în funcție de situația clinică. Astfel butirofenonele, prin ștergerea confuziei și clarificarea conștiinței pot aduce mai rapid bolnavul cu o stare reactivă în fața psihoterapeutului, după cum, anularea fenomenologiei senzoriale psihotice permite abordări psihoterapeutice. De asemenea, substanțele tranchilizante, dar mai ales neurolepticele sedative, prin anularea anxietății pregătesc intervenția psihoterapeutică în situațiile de tensiune afectivă, după cum, timoanalep-

ticele permit efectuarea psihoterapiei în orice stare depresivă. În felul acesta, „psihotropicele pot constitui o bază de aplicare pentru orice fel de psihoterapie” (H. J. de Barahona-Fernandez, 1966, p. 284). Desigur în aceste situații se recomandă individualizarea dozelor, pe care le preconizăm la un minimum necesar, precum și urmărirea îndeaproape a tratamentului încît doza să poată corespunde scopurile psihoterapiei și psihoterapiei.

Substanțele psihofarmacologice pot fi utilizate în cadrul unei „deschideri” psihoterapeutice sau în anumite momente ale curei, de exemplu atunci cînd „survin faze de rezistență, în care bolnavul caută să scape de aprofundarea conflictelor” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 74). După cum am consemnat și cu altă ocazie, menționăm faptul că, indiferent de momentul intervenției lor, în afara tratamentului tulburărilor de conștiință, „psihotropicele nu-și găsesc scopul terapeutic scontat decît într-un context și pe un fundal psihoterapeutic” (G. Ionescu, 1973, p. 132).

Actualmente, există observații conform cărora psihofarmacologia nu este folosită numai în psihoterapiile zise raționale, de susținere sau superficiale, ci și în cele de inspirație psihanalitică, unde rolul său constă nu numai în acțiunea antisimptomatică, ci și în reorganizarea psihodinamică. Aceste deplasări, detournări și reorganizări ale „economiei psihice”, realizate prin intervenții psihofarmacologice, pot servi scopurilor restauratoare ale psihoterapiei psihanalitice.

7. Tendința actuală generală a terapiei psihiatrice : asocierea mijloacelor psihofarmacologice și psihoterapeutice

Necesitatea asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia a fost preconizată imediat după lansarea în practică a neurolepticelor, cînd la colocviul de la Paris consacrat acțiunii clorpromazinei se menționa că „este absolut necesar ca aceste două mari forțe terapeutice, farmacoterapia și psihoterapia, să ajungă la un acord comun” (H. C. Rümke, cf. A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 79). Astfel de opinii privind unitatea mijloacelor terapeutice psihiatrice au fost susținute și în perioada de avînt al substanțelor psihotropice, menționîndu-se că „este logic ca aceste două moduri de acțiune psihologică și psihofarmacologică să fie combinate, în scopul de a trata mai bine bolnavii, fie că ei sînt atinși de afecțiuni psihotice sau nevrotice” (L. Stévenin, J. C. Benoit, 1962, p. 420). Aceste aserțiuni apărute în cursul deceniului care a urmat descoperirii primului neuroleptic erau nu numai „logice”, dar și necesare, fiind impuse de insaturația practicii terapeutice și de insatisfacția orientării exclusiviste farmaco- sau psihoterapeutice. Acuitatea acestor probleme a continuat să crească treptat, astfel încît după zece ani de utilizare terapeutică a neurolepticelor „raporturile dintre psihoterapie și psihofarmacologie să apară pe primul plan al preocupărilor specialiștilor din lumea întreagă” (L. Stévenin, 1965, p. 39).

Imperativul unității farmaco-psihoterapeutice, amplu dezbătut și argumentat de clinicieni, s-a dovedit comprehensibil, dar în metodologia sa concret-aplicativă era greu realizabil, fiind grevat de multiple impedimente printre care menționăm :

— spitalizarea, de relativ scurtă durată, impunea o acțiune terapeutică concentrată, eventual focalizată care nu putea fi realizată decît prin mijloace biologice și mai ales psihofarmacologice ;

— fiind de scurtă durată, spitalizarea nu permitea realizarea unei psihoterapii propriu-zise care, de obicei, este larg eşalonată în timp, impunându-se a fi continuată după externare prin preluarea pacientului de către medicul din teritoriu;

— terapeutul ce asigură asistenţa ambulatorie, spre deosebire de cel din spital, are dificultăţi în aplicarea unui tratament neuroleptic optim din cauza efectelor secundare, constant manifestate chiar la posologii corespunzătoare;

— limitările impuse terapeutului din teritoriu în privinţa acordării concediilor medicale împiedică, de asemenea, aplicarea corespunzătoare a tratamentului psihofarmacologic, creînd facilităţi superioare aplicării tratamentului psihologic.

La aceste dificultăţi formale, dar în acelaşi timp reale, se adaugă altele pur medicale, de ordin farmacodinamic şi psihodinamic, privind modalitatea asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia, întrucît „folosirea medicamentelor în psihoterapie necesită un studiu individual foarte adîncit al acţiunii lor (în acelaşi timp biologică şi psihologică), ca şi punerea la punct a metodei psihoterapeutice adaptată acţiunii substanţelor întrebuintate” (L. Stévenin, J. C. Benoit, 1962, p. 421).

Între factorii care împiedică sistematizarea raporturilor dintre psihofarmacologie şi tehnicile de psihoterapie se înscrie desigur şi „caracterul iraţional al comprehensiunii fenomenologice... căruia îi corespunde incertitudinea indicaţiilor psihofarmacologice” (P. Ginestet et al., 1979, p. 8). Nevoia asocierii psihotropelor la psihoterapie, ca şi metodologia acestei asocieri este cu atît mai insistent invocată de clinicianul psihiatru cu cît el cunoaşte limitele intervenţiilor strict psihologice şi apreciază beneficiile legate de specificitatea de acţiune şi de forţa substanţelor psihotrope; în acelaşi timp însă „el resimte nevoia unui studiu detaliat asupra principalelor modalităţi de asociere a chimioterapiei cu psihoterapia” (J. C. Benoit, 1965, p. 1).

Menţionăm însă că ceea ce s-a invocat încă de acum 20 de ani privind elaborarea unei metodologii a asocierii psihofarmacologiei cu psihoterapia nu s-a realizat, cu toate că această cerinţă a fost formulată în mod repetat; cu alte cuvinte, după cunoştinţa noastră, nu există în literatura de specialitate nici un studiu concret şi nici o lucrare teoretică referitoare la modul de combinare a celor două mijloace terapeutice, prejudiciindu-se astfel o reuşită mai deplină a tratamentului; aceasta cu atît mai mult cu cît, deşi chimioterapiile moderne printr-o utilizare oportună „au puterea” să reducă şi deseori să elimine manifestările clinice, „aceste progrese riscă să rămînă parcelare, unic simptomatice şi să dispară dacă nu utilizăm finalizări psihoterapeutice” (J. M. Sutter et al., 1965, p. 112).

8. Asupra unor modalităţi concrete de asociere a psihofarmacologiei cu psihoterapia

În lipsa unui studiu consacrat acestor probleme, redăm unele aprecieri şi observaţii care, deşi nu au fost experimental validate, pot servi ca orientare generală pînă cînd vor putea fi verificate. Astfel în schizofrenie, după estomparea fenomenologiei clinice acute, fără a întrerupe tratamentul psihofarmacologic, se recomandă o cură psihoterapeutică nepsihanalitică în sensul unei „pedagogii a realului”. De asemenea, în cursul unei psihoterapii, se poate interveni psihofarmacologic atunci „cînd bolnavul se

găsește într-un cerc repetitiv de atitudini stereotipe" (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 96). În aceste situații, efectul acțiunii neuroleptice se face imediat simțit fiind ilustrat și în cadrul ședințelor printr-un „nou nivel a fenomenelor defensive”, în timp ce „producțiile psihotice sînt eliberate cu ușurință, cu slabă reținere” (P. Bailly-Salin, 1975, p. 226).

Sub unghi opus, aplicarea unei psihoterapii în cursul tratamentului psihofarmacologic permite pacientului să tolereze mai bine „faza de acțiune latentă” a medicamentelor... „mărind totodată toleranța la efectele secundare” (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1978, p. 1110). În ceea ce-l privește, terapeutul are astfel posibilitatea de a exploata modificările simptomatice „în vederea reluării controlului și securității Eului”, ameliorînd în același timp relația terapeutului cu pacientul în ultima fază a curei „pentru a nu eterniza dependența subiectului față de medicament și de terapeut” (*ibidem*).

La rîndul lor, clinicienii de orientare psihanalitică resimt insatisfacția rezultatelor psihanalizei preconizînd, cel puțin pentru „cazurile extranervotice”, pe de o parte, modificări în „tehnica analitică”, pe de altă parte, intervenții psihofarmacologice. În acest sens, se subliniază că „utilizînd simultan resursele psihoterapiei inspirate din psihanaliză și mijloacele farmacologice, noi dăm mai multe șanse terapiei” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 58).

Încercînd o sistematizare a influențelor reciproce între psihofarmacologie și psihoterapie, putem descrie anumite tipuri de interacțiuni posibile. Menționăm însă că ele nu sînt univoc pozitive, în sensul că nu sînt convergente sau cumulative, astfel încît, constatăm, din ambele direcții, efecte pozitive și negative, după cum urmează :

— *efecte pozitive ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei*; sînt ilustrate prin reducerea simptomatologiei și în special a tensiunii afective, anularea insomniei, ameliorarea capacităților de comunicare, a contactelor interpersonale, favorizînd apariția unor noi posibilități de relaționare ;

— *efecte negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei*; sînt exprimate prin scăderea tonusului emoțional, a capacității de rezonanță afectivă și, consecutiv, prin „distanțarea” față de problematica situațională și interpersonală; se constată totodată o diminuare a motivației de vindecare și a capacității de participare la actul terapeutic, prin accentuarea regresiei și perpetuarea dependenței, odată cu creșterea încrederii „magice” în terapeut; în ceea ce-l privește, avînd posibilitatea utilizării medicației psihofarmacologice, terapeutul este încurajat de a folosi acest mijloc terapeutic facil, cu tentația de a-l minui uneori mai mult în mod autoritar-agresiv decît tolerant-comprehensiv ;

— *efecte pozitive ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei*; constau în primul rînd în facilitarea complianței pacientului privind prescripțiile medicamentoase ale terapeutului; acest fapt, ale cărui implicații depășesc ariile medicale avînd largi ecouri sociale, constituie totodată chezașia realizării unei autentice relații interpersonale ;

— *efecte negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei*; relativ rar întîlnite și sporadic semnalate, constau mai ales în creșterea anxietății ori a ideății psihotice, fapt ce interferează negativ acțiunea substanțelor neuroleptice.

10 COMPRIMATE Glutetimid



SINONIME :

doriden, glimid, gluthetimide, noxyron.

PREZENTARE :

comprimate cu 0,250 g glutetimid; plicuri cu 10 comprimate.

COMPOZIȚIE :

fenil-etil-dioxopiperidin.

ACȚIUONE FARMACODINAMICĂ :

Este un derivat piperidindionic înrudit cu barbituricele. Acționează ca hipnotic (nebarbituric) al cărui efect se instalează la aproximativ 30' după administrare și durează 4—8 ore. Ca și barbituricele, scurtează perioadele de somn rapid sau fazele de somn cu vise, în care au loc fenomene neurovegetative. Prezintă și proprietăți antiacetylcolinice. Determină inducție enzimatică sporind activitatea sintetazei acidului deltaaminolevulinic. În doze mici are acțiune anxiolitică.

SYNONYMS :

Doriden, Glimide, Gluthetimide, Noxyron

PRESENTATION :

Tablets of 0.250 g gluthetimide, supplied in blister packs containing 10 tablets.

COMPOSITION :

Phenyl-ethyl-dioxopiperidine.

PHARMACODYNAMIC ACTION :

Glutetimid is a piperidinedionic related to the barbiturates. Acts as a hypnotic (non-barbituric). The absorption of Glutetimid is rapid and the effect is felt approximately 30 minutes after administration and lasts 4 to 8 hours. As with barbiturates, it shortens the periods of rapid sleep or the phases of sleep with dreams during which neurovegetative phenomena take place. It also possesses antiacetylcholinic properties. Glutetimid also has an enzymatic induction action, increasing the activity of delta-aminolevulinic acid synthetase. In small doses, it has an anxiolytic effect.

INDICAȚII :

Inductor al somnului la persoane cu dificultăți de adormire. Este un hipnotic cu acțiune medie, fără efecte secundare negative resimțite la trezire (astenie, amețeli, cefalee). Întrucât acțiunea hipnotică este completată de cea sedativă, glutetimidul prezintă o indicație particulară la insomnicii anxioși, ca premedicație la bolnavii chirurgicali, în preanestezie ca și în obstetrică. Se utilizează ca adjuvant în tratamentul crizelor comițiale, întrucât potențează efectul medicației anti-convulsivante. În virtutea efectului tranchilizant este indicat în tulburările de somn din nevrozele cu componentă anxioasă ca și din stările depresiv-anxioase. Întrucât este bine tolerat și se elimină rapid, glutetimidul este indicat în insomniile persoanelor în vârstă, ale pacienților cu afecțiuni cronice și psihosomatice.

ADMINISTRARE :

Oral, 0,250 g. ca sedativ, 0,500 g. ca hipnotic, cu 30' înainte de culcare. Ca preanestezic se administrează 0,500 g. în seara ce precede operația și 0,500—1 g. cu o oră înainte de anestezie. În obstetrică se administrează 0,500 g. în primul stadiu al travaliului. La copii se administrează în doze fracționate, în funcție de vârstă : între 2—5 ani cu o posologie de 125 mg/24 ore iar între 6—12 ani, 250 mg/24 ore.

REAȚII ADVERSE :

rare și reduse ca manifestare, ilustrate clinic prin grețuri, senzație de vomă, uscăciunea mucoasei bucale, epigastralgie, oscilații tensionale. Foarte rar se remarcă erupții cutanate alergice, iar excepțional s-a constatat trombocitopenie, anemie aplastică, leucopenie.

CONTRAINDICAȚII :

practic, glutetimidul nu prezintă contraindicații și nu determină incompatibilitate sau reacții încrucișate cu alte medicamente. Întrucât induce totuși enzime microsomale hepatice și stimulează sinteza porfirinelor, se impune prudență în porfirie hepatică și nu se administrează la persoanele care prezintă hipersensibilitate sau alergie la glutetimid.

INDICATIONS :

Glutetimid induces sleep in subjects who have difficulties in falling asleep. It is a hypnotic with a medium action, without untoward side effects on awakening (asthenia, dizziness, headache). As the hypnotic effect is completed by a sedative effect, Glutetimid is particularly indicated in the treatment of anxiety insomnia, as premedication in surgery, preanesthesia and in obstetrics. It is recommended as adjuvant in the treatment of epileptic seizures as it potentiates the effect of the anticonvulsivant medication. By virtue of its tranquilizing effect, it is indicated in the sleep disturbances of neuroses with an anxiety component and in depressive-anxiety states. As it is well tolerated and rapidly eliminated, Glutetimid is recommended in the treatment of insomnia in the elderly, or in patients with chronic and psychosomatic diseases.

DOSAGE AND ADMINISTRATION :

Oral : 0.250 g as sedative, 0.500 g as hypnotic, 30 minutes before bed-time ; 0.500 g as preanesthetic on the evening preceding surgery, and 0.500—1 g, one hour before anesthesia. In obstetrics, it is administered in the first stage of labour in a 0.500 g dose. Children should be given fractional doses in terms of age : from 2 to 5 years, 125 mg/24 hours and from 6 to 12 years, 250 mg/24 hours.

ADVERSE EFFECTS :

are rare and mildly manifested clinically: nausea, sensation of vomiting, dry mouth, epigastralgia, blood pressure oscillations. Allergic skin rashes are very rarely observed, and thrombocytopenia, aplastic anemia and leukopenia are exceptional.

CONTRAINDICATIONS :

Glutetimid has virtually no contraindications, it does not produce incompatibility or interactions with other drugs. Yet, since it induces hepatic microsomal enzymes and stimulates the synthesis of porphyrins, caution is recommended in hepatic porphyria. It is not to be administered to individuals presenting hypersensitivity or allergy to Glutetimid.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania

Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPOR

Foreign Trade Company, 10 Republicii Blvd., Bucharest, Romania Cables : CHIMIMPORTEXPOR
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94—01.11.69 P.O.B.—1—74.

100 drojeuri de

PIRITINOL



100 sugar coated tablets

PIRITINOL

TERAPIA
Drug Enterprise
Cluj-Napoca

Sole Exporter
CHIMIMPORTEXPORT
Bucharest
Romania

SINONIME :

encephabol, enerbol, pyritioxin, pyritinolum

PREZENTARE :

drageuri, conținând 0,100 g. clorhidrat de piritinol; cutii cu 5 folii a 20 drageuri.

COMPOZIȚIE :

Bis (3-hidroxi-4-hidroximetil-2-metil-piritinol 3-metil)disulfur.

ACȚIUNE FARMACODINAMICĂ :

Psihostimulent, antidepresiv. Piritinolul este un activator al metabolismului cerebral, acționând printr-un mecanism de reglare metabolică la nivel neuronal. În plus, activează trecerile prin bariera hematoencefalică și crește utilizarea glucozei din creier.

ACȚIUNE PSIHOLOGICĂ :

Crește rezistența la oboseala nervoasă, crește reactivitatea psihică, ameliorează coordonarea psihomotorie, potențează funcția prosexică și capacitatea mnezică. Reduce tulburările de atenție și memorie prin creșterea posibilităților de fixare și evocare. Asigură caracterul fiziologic al somnului își reglează ritmul somn/veghe.

SYNONYMS :

Encephabol, Enerbol, Pyritioxin, Pyritinolum

PRESENTATION :

Piritinol is available in tablets containing 0.100 g piritinol hydrochlorate; it is supplied packed in boxes containing 5 blister packs of 20 tablets each.

COMPOSITION :

Bis (3-hydroxy-4-hydroxymethyl-2-methylpyrithynol-3-methyl) disulfur.

PHARMACODYNAMIC ACTION :

Psychostimulant, antidepressive. Piritinol activates the metabolism of the brain by a metabolic mechanism of regulation at neuronal level. In addition, it activates passage through the blood-brain barrier and increases the uptake of glucose by the brain.

PSYCHOPHYSIOLOGIC ACTION :

Piritinol increases resistance to nervous fatigue, augments psychical reactivity, improves psychomotor coordination, potentiates the prosexual function and mnemonic capacity; mitigates attention and memory disturbances by increasing fixation and evocation abilities; ensures the physiologic quality of sleep and regulates the sleep/wakefulness rhythm.

INDICAȚII :

Stări de surmenaj, astenie psihică, tulburări cognitive din nevroze, stări depresive, intoxicații, encefalite, stări postencefalitice, tulburări psihice pe fondul alcoolismului cronic (în special sindromul amnestic alcoolic) psihosindroame consecutive traumatismelor cranio-cerebrale. La vîrstnici, piritinolul este indicat în insuficiențele cerebro-vasculare cronice, în stările postictale ca și în psihosindroamele cerebrale organice. Este indicat de asemenea în stările confuzionale episodice ale bătrînilor ca și în deteriorarea cognitivă de natură involutivă. Se administrează la copii cu întîrzieri în dezvoltarea psihomotorie, cu instabilitate psihomotorie, cu tulburări de comportament. Datorită posibilității de ameliorare a coordonării psihomotorii, piritinolul este indicat în tratamentul unui amplu evantai al tulburărilor psihomotorii, de la sindromul hiperkinetic la diskinezia tardivă, ca și în deficiențele mintale sau la copii cu dificultăți școlare.

ADMINISTRARE :

Oral, la adulți 400—600 mg/24 ore în două prize ; la copii 100—300 mg/24 ore, în funcție de vîrstă și condiția psihopatologică. Tratatamentul este continuat cîteva luni, efectele favorabile fiind observabile clinic după o perioadă de cel puțin două săptămîni de administrare.

REAȚII ADVERSE :

toleranța piritinolului este foarte bună. Foarte rar pot fi constatate stări de irascibilitate, anxietate, cefalee sau excitabilitate, în special la encefalopați sau în cazuri de supradozare. Alteori, pot apare erupții cutanate, grețuri, jenă epigastică. Nu prezintă contraindicații.

INDICATIONS :

In the treatment of overwork, psychical asthenia, cognitive disorders in neuroses, depressive states, intoxications, encephalitis, postencephalitic states, psychical disorders against a background of chronic alcoholism (especially in the alcoholic amnesia syndrome), psychosyndromes after head injuries. In the elderly, Piritinol is indicated in chronic cerebrovascular insufficiency, in postictal states and in organic cerebral psychosyndromes. It is likewise indicated in the episodic confusional states in the elderly and in involution cognitive deterioration. It is administered to children with delayed psychomotor development, psychomotor instability, behavioural disorders, as it alleviates psychomotor coordination. Piritinol is indicated in a wide range of psychomotor disturbances, from the hyperkinetic syndrome to late dyskinesia, as well as in mental deficiency or in children with school problems.

DOSAGE AND ADMINISTRATION :

Adults 400—600 mg/24 hours given in two divided doses ; *children* 100—300 mg/24 hours according to age and psychopathologic condition. The treatment is continued for several months, the favourable effects being observed clinically only after a period of at least two-week administration.

ADVERSE EFFECTS :

Piritinol is very well tolerated ; states of irritability, anxiety, headaches or excitability are rarely observed, especially in encephalopathies or overdosage. Nausea, skin rashes or epigastric pains may appear in some cases. There are no contraindications.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania

Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPOT

Foreign Trade Company 10, Republicii Blvd., Bucharest, Romania Cables : CHIMIMPORTEXPOT
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94—01.11.69 P.O.B. — 1 — 74.



SINONIME :

acetexa, allergron, altilev, ateben, aventyl, noritren, nortab, nortrilen, norzepine, psychostyl, sensaval, sensival, vividyl.

PREZENTARE :

drajeuri cu 0,010 g clorhidrat de nortriptilină ; flacoane cu 50 drajeuri.

COMPOZIȚIE :

5-(gamamonometilaminopropiliden)-5H-dibenzo (1,4)-cicloheptadien.

ACȚIUNE FARMACODINAMICĂ :

Antidepresiv triciclic demetilat cu spectru larg, sedativ și antianxios, anticolinergic moderat, antihistaminic important. În doze mici, potențează efectele simpatomimetice (adrenalina, noradrenalina, izoprenalina). La acțiunea antidepresivă, se adaugă și aceea psihostimulentă, proprietățile sale sedative fiind mai reduse decât acelea ale amitriptilinei.

SYNONYMS :

Acetexa, Allergron, Altilev, Ateben, Aventyl, Noritren, Nortab, Nortrilen, Norzepine, Psychostyl, Sensaval, Sensival, Vividyl.

PRESENTATION :

Tablets containing 0.010 g nortriptyline hydrochlorate supplied in bottles of 50 tablets.

COMPOSITION :

5-(gamma-monomethylaminopropyliden)-5H-dibenzo(1,4)-cycloheptadien.

PHARMACODYNAMIC ACTION :

Broad spectrum tricyclic demethylated antidepressive, sedative and anxiolytic, with a moderate anticholinergic and marked antihistaminic action. In small doses, potentiates the effects of sympathomimetics (adrenaline, noradrenaline isoprenaline). Additive to the antidepressive action is its psychostimulant effect, its sedative properties being more reduced than those of Amitriptilin.

INDICAȚII :

Psihoze depresive cu manifestări anxioase, reacții depresive, nevroze cu componentă depresiv-anxioasă, psihostenii rebele la alte tratamente, depresii secundare, depresii inhibate (abulice), depresii de involuție.

ADMINISTRARE :

Instituirea tratamentului se face progresiv, începând cu 30 mg/zi până la 60—70 mg/zi în tratament ambulator, mărinđ doza la 150 mg/zi, în tratament, spitalizat.

REAȚII ADVERSE :

Remarcate mai ales la instituirea curei, sînt ilustrate clinic prin : somnolență, amețeli, cefalee, tulburări de coordonare motorie, tahicardie, palpitații, aritmii. Pot să apară reacții digestive manifestate prin grețuri, senzație de vomă, anorexie, jenă epigastrică, accelerarea tranzitului. Datorită efectului stimulant mai puternic decît cel antidepressiv, nortriptilina poate determina inversarea dispoziției depresive, cu viraj maniacal, ca și creșterea potențialului suicidal (prin dezinhibiție psihomotorie). A fost semnalată agravarea unor psihoze ca schizofrenia și paranoia.

PRECAUȚII :

Nortriptilina se administrează cu prudență în asociere cu alte antidepressive ca și cu substanțe deprimante centrale, datorită efectului depresor sinergic asupra S.N.C.. Alcoolul are o acțiune sinergică cu nortriptilina, determinînd potențarea efectelor sale, în timp ce barbituricele favorizează metabolizarea nortriptilinei (prin efect inductor enzimatic), reducînd acțiunea farmacodinamică a acesteia.

CONTRAINDICAȚII :

cardiopatia ischemică, perioada de postinfarct miocardic, insuficiență cardiacă, aritmii, hipotensiune arterială, glaucom cu unghi îngust, adenom de prostată, miastenii, hipertiroidie, epilepsii, alergii la nortriptilină, primul trimestru al sarcinii, copii sub 12 ani.

INDICATIONS :

Depressive psychoses with anxiety manifestations, depressive reactions, neurosis with a depressive-anxiety component, psychasthenia refractory to treatment, secondary depression, inhibition depression (abulia), involutional depression.

DOSAGE AND ADMINISTRATION :

The treatment is instituted progressively starting with 30 mg up to 60—70 mg/day in outpatient treatment, and increasing the dose to 150 mg/day in hospital treatment.

ADVERSE EFFECTS :

The most frequent adverse reactions, especially at the beginning of the treatment are: drowsiness, dizziness, headache, motor coordination disturbances, tachycardia, palpitations, arrhythmia. Digestive reactions have also been reported: nausea, a sensation of vomiting, anorexia, epigastric pains, accelerated transit. Since its stimulant effect is stronger than its antidepressive effect, Nortriptilin may occasionally reverse a depressive mood, towards manic manifestations, and increase the suicide potential (by psychomotor deinhibition). Aggravation of certain psychoses such as schizophrenia and paranoia has been reported.

PRECAUTIONS :

Careful consideration should be given during the administration of Nortriptilin to the association of other antidepressants or central depressants, because of the synergic depressor effect upon the CNS. Alcohol has a synergic effect with Nortriptilin, potentiating its effects, whereas barbiturates favour its metabolismization (by an enzymatic inductor effect), reducing its pharmacodynamic action.

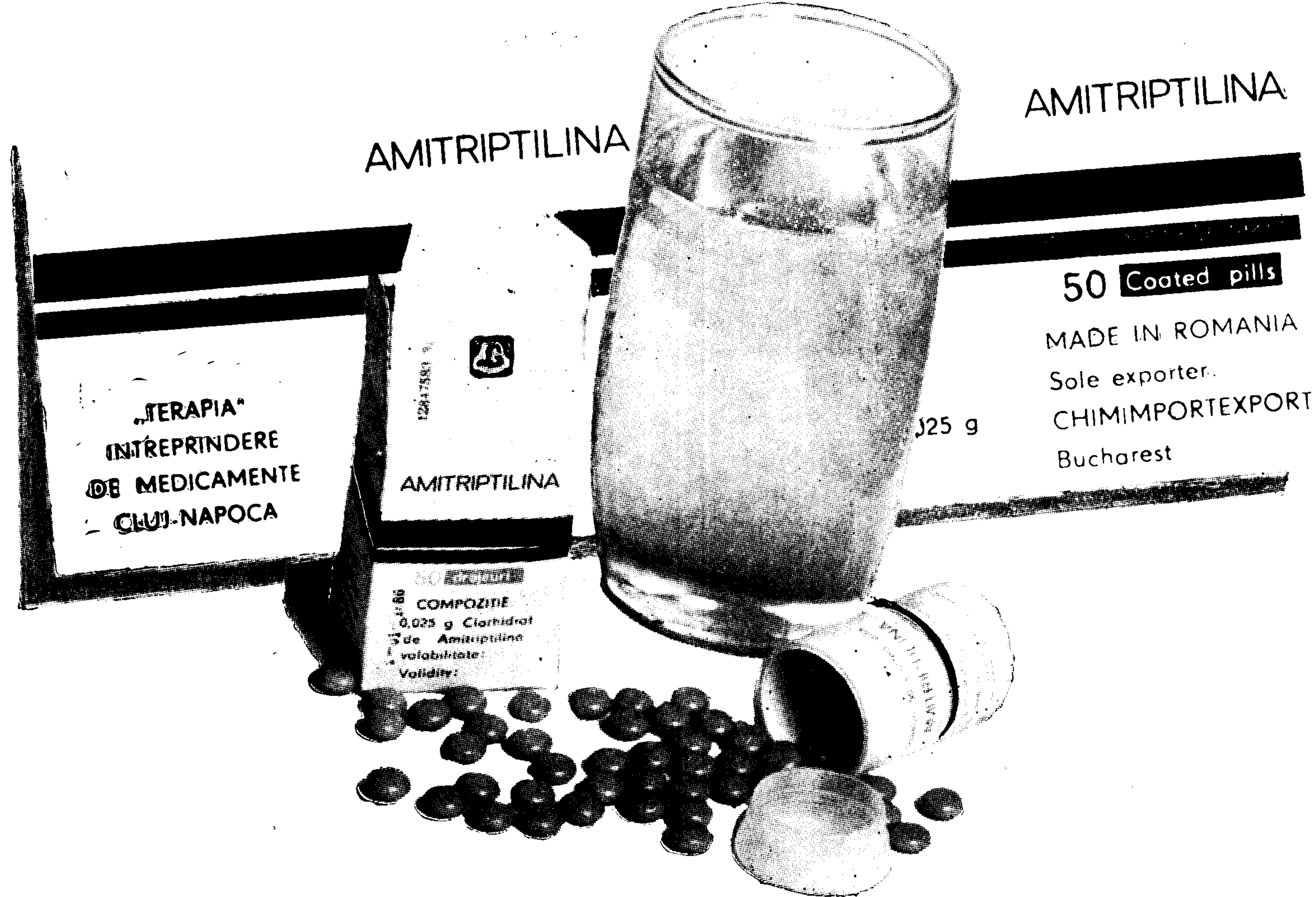
CONTRAINDICATIONS :

Ischaemic heart disease, post-myocardial infarction, heart failure, arrhythmia, arterial hypotension, narrow angle glaucoma, adenoma of the prostate, myasthenia, hyperthyroidism, epilepsy, allergy to Nortriptilin, the first three months of pregnancy, children under the age of 12 years.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania

Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPOR

Foreign Trade Company 10 Republicii Blvd., Bucharest, Romania Cables : CHIMIMPORTEXPOR
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94—01.11.69 P.O.B. : 1—74



SINONIME :

adepril, amitriptyline, domicol, elavil, elatrol, endep, horizon, laroxyl, lentizol, redomex, saroten, sarotex, teperin, tryptizol, triptanol, uxen.

COMPOZIȚIE :

5-(gamma-dimetilaminopropiliden)-5H-dibenzo-1,4-cicloheptadien.

PREZENTARE :

drajeuri conținând 0,025 g. clorhidrat de amitriptilină ; *fiole* de 5 ml. soluție apoasă injectabilă cu 0,050 g. clorhidrat de amitriptilină (cutii cu 100 fiole).

ACȚIUNE FARMACODINAMICĂ :

Antidepresiv triciclic dibenzocicloheptadienic, amitriptilina posedă în plus proprietăți sedative și anxiolitice. Este un anticolinergic central și periferic, având acțiune de potențare a efectelor simpatomimetice (adrenalina, noradrenalina, izoprenalina). Este de asemenea, antihistaminic și antiserotoninic.

SYNONYMS :

Adepril, Amitriptyline, Domicol, Elavil, Elatrol, Endep, Horizon, Laroxyl, Lentizol, Redomex, Saroten, Sarotex, Teperin, Tryptizol, Triptanol, Uxen.

COMPOSITION :

5-(gamma-dimethylaminopropyliden)-5H-dibenzo-1.4-cycloheptadien.

PRESENTATION :

Amitriptilin is available in *tablets* of 0,025 g amitriptyline hydrochlorate, and *vials* containing an aqueous injectable solution of 0.050 g amitriptyline hydrochlorate (boxes of 100 vials).

PHARMACODYNAMIC ACTION :

A tricyclic dibenzocycloheptadien antidepressive, Amitriptilin also possesses sedative and anxiolytic properties. It is a central and peripheral anticholinergic, potentiating the effects of sympathomimetics (adrenaline, noradrenaline, isoprenaline). It is likewise an antihistaminic and antiserotoninic.

INDICAȚII :

Stări depresive cu componentă anxioasă : psihoze depresive, stări depresive reactive, nevroze cu fenomene depresiv-anxioase, depresii de involuție, enurezis. Efectele pozitive ale amitriptilinei apar mai rapid decât în cazul imipraminei, fiind ilustrate în primul rând prin anxioliză, ameliorare a somnului și a apetitului.

ADMINISTRARE :

Oral, 75—150 mg/zi, în 2—3 prize, doza mai mare administrându-se vespéral. În stări depresiv-anxioase severe, ca și la pacienți spitalizați, amitriptilina poate fi utilizată într-o posologie de 100—300 mg/zi. Se recomandă instituirea progresivă a tratamentului până la stabilirea dozei de întreținere, ca și reducerea progresivă a dozelor, în vederea încheierii curei. În stări de urgență se poate administra în perfuzie venoasă (1—2 fiole în 500 ml ser glucozat izotonic). La pacienți vîrstnici, dozele sînt mult mai reduse de 0,010 g \times 3/zi. În enurezis : copii sub 6 ani, 10 mg la culcare, între 6—10 ani, 10—20 mg. între 11—16 ani, 20—50 mg/zi.

REAȚII ADVERSE :

Uscăciunea mucoasei bucale, grețuri, senzație de vomă, hipotensiune ortostatică, tahicardie, tulburări de acomodare cristaliniană, vertij, somnolență. În psihozele afective bipolare, tratamentul depresiei cu amitriptilină poate determina o inversare rapidă a dispoziției și apariția unor manifestări maniacale.

PRECAUȚII :

Amitriptilina se administrează cu prudență la pacienții hipertensivi și coronarieni, întrucît poate favoriza ischemia miocardică prin prelungirea timpului de conducere atrioventriculară ; favorizează apariția tahicardiei și a aritmiilor. Amitriptilina favorizează apariția crizelor convulsive la pacienți epileptici. Nu se asociază cu I.M.A.O. existînd pericolul unor reacții toxice grave ; prescrierea produșilor I.M.A.O. nu se poate face decât după 2 săptămîni de la întreruperea tratamentului cu amitriptilină.

CONTRAINDICAȚII :

stări de postinfarct miocardic, glaucom cu unghi îngust, adenom de prostată, tratament cu I.M.A.O., intoleranță și alergie la amitriptilină, primul trimestru de sarcină.

Manufactured by TERAPIA, Cluj-Napoca, Romania

Sole Exporter : CHIMIMPORTEXPORT

Foreign Trade Company 10, Republicii Blvd., Bucharest, Romania, Cables : CHIMIMPORTEXPORT
BUCHAREST Phone : 13.04.40—14.22.69 Telex 01.11.94 — 01.11.69 P.O.B. : 1—74

INDICATIONS :

In the treatment of depressive states with an anxiety component : depressive psychoses, reactive depressive states, neurosis with depressive-anxiety phenomena, involutional depression, enuresis. The favourable effects of Amitriptylin appear more rapidly than those of Imipramine, initially reflected by anxiolysis, improved sleep and appetite.

DOSAGE AND ADMINISTRATION :

Oral administration 75—150 mg/day in 2—3 divided doses, the evening dose being greater than the daytime doses. In severe depressive anxiety states and in hospitalized patients the dosage may be increased to 100—300 mg/day. It is recommended to institute the treatment progressively until the maintenance dose is established, and to withdraw it gradually. In states of emergency, Amitriptylin may be given by intravenous infusion (1—2 vials in 500 ml isotonic glucose serum). In the elderly, the dose is 0.010 g three times daily. In enuresis : in children under 6 years 10 mg at bedtime, from 6 to 10 years 10—20 mg, and from 11 to 16 years 20—50 mg/day.

ADVERSE EFFECTS :

Dry mouth, nausea, a sensation of vomiting, orthostatic hypotension, tachycardia, difficulties in visual accommodation, vertige, drowsiness. In bipolar affective psychoses, Amitriptylin may bring about rapid inversion of the patient's mood and the onset of manic manifestations.

PRECAUTIONS :

Amitriptylin doses should be carefully titrated in hypertensive and coronary patients as it may favour myocardial ischaemia by lengthening atrioventricular conduction ; tachycardia and arrhythmia have likewise been reported. Amitriptylin favours the onset of convulsive seizures in epileptic patients. It should not be administered together with I.M.A.O. because of the risk of severe toxic reactions. I.M.A.O. products can only be prescribed two weeks after interrupting the treatment with Amitriptylin.

CONTRAINDICATIONS :

Post-myocardial infarction, narrow angle glaucoma, adenoma of the prostate, I.M.A.O. treatment, intolerance or allergy to Amitriptyline, the first three months of pregnancy.

Această sistematizare este larg orientativă și menționăm că interacțiunea dintre psihofarmacologie și psihoterapie (deși se cere atent studiată) nu poate fi standardizată, în practică dovedindu-se a fi individualizată.

Asocierea celor două mijloace terapeutice, atât de diferite în plan metodologic-procedural, cât și în mecanismul lor acțional, impune analiza atentă nu numai a acțiunii farmacodinamice în contextul modificărilor psihodinamice, ci și interacțiunea acestor procese, declanșate pe căi și prin mijloace diferite. Fiind „evident că chimioterapia și psihoterapia sînt chemate să se unească și să se articuleze tot mai strîns” (Cl. Conté, 1965, p. 93), se impune acum cunoașterea modului și mecanismelor prin care acțiunea farmacodinamică este susceptibilă să influențeze și să reorganizeze procesualitatea psihodinamică. Este posibil ca rezultatele unor astfel de cercetări să determine reorientarea atitudinilor noastre privind alegerea metodei psihoterapeutice, care nu se va mai face în funcție de caracteristici nosografice, ci de reacțiile personale ale pacientului și de modificările psihologice relativ specifice, produse de substanțele psihofarmacologice.

Studiile comparative asupra eficacității psihofarmacologiei sau psihoterapiei în ansamblul terapiei psihiatrice sau numai al unor entități nosografice au ca scop să sedimenteze și să cristalizeze controversele asupra priorității sau exclusivității unuia dintre mijloacele terapeutice. Fără îndoială că studii mai numeroase, mai ample și mai reprezentative vor aduce noi clarificări în această alternativă terapeutică asupra căreia majoritatea dezbaterilor au fost teoretice și bazate pe observații empirice.

În stadiul actual al cercetărilor, opiniile psihiatrilor converg spre un consens farmacopsihoterapeutic în cadrul căruia, în funcție de caracterul entității nosografice și aspectul manifestărilor clinice, vor fi stabilite oportunitățile terapeutice. Există suficiente argumente pentru ca „să se realizeze o reunire armonioasă și științifică a metodelor psihologice cu cele chimioterapeutice atât în sensul precizării dinamicilor psihologice induse de tratamentul medicamentos psihotrop, cât și în cel al stabilirii indicațiilor și ponderii comune a celor două metode discutate” (V. Predescu, L. Alexandrescu, T. Ciurez, 1980, p. 164). Acest lucru se impune actualmente ca o necesitate axiomatică, cu atât mai mult cu cât, cercetările asupra etiopatologiei bolilor psihice ilustrează natura lor plurifactorială. Pornind de la această constatare, „concepțiile contemporane despre boala psihică recunosc că evoluția tulburărilor psihiatrice majore poate fi influențată atât de factori psihologici, cât și biologici” (S. Marder, 1981, p. 359). În cadrul acestei sinteze terapeutice, dialectica relației psihofarmacologie-psihoterapie va constitui pentru medic obiectul judecății clinice.

Fără îndoială că raporturile dintre aceste două mijloace terapeutice îmbracă aspectul unei contradicții dialectice; din punct de vedere cronologic, psihofarmacologia trebuie aplicată prima la debutul afecțiunii adresîndu-se „bios”-ului, elementul prim în ordinea ontică. Psihoterapia, înscrisă în plan secund, se aplică după ce a diminuat, ori s-a stins simptomatologia, adresîndu-se fundalului psihic, sistemului ideativ pe care (în funcție de metodologia sa) îl restructurează, îl reorganizează, îl susține, îl decondiționează sau îl direcționează. În cazuri grave, psihofarmacologia readuce bolnavul psihic în ariile umanului iar de aici, psihoterapia îl reintroduce în rîndurile semenilor. De aceea, cu cât este mai amplă și mai

alienantă simptomatologia, cu atât este mai necesară psihofarmacologia și dimpotrivă, pe măsură ce fenomenologia clinică își reduce acuitatea psihopatologică, devine cu atât mai eficace intervenția psihoterapeutică.

9. Relația psihofarmacologie psihoterapie în principalele boli psihice

După impunerea substanțelor psihofarmacologice în practica terapeutică psihiatrică, s-au formulat opinii empirice, conform cărora neurolepticele ar constitui tratamentul de elecție în psihoze, în timp ce metodele psihoterapeutice ar avea o indicație electivă în stări reactive și nevroze. Dacă astfel de aserțiuni au dominat terapia bolilor psihice în perioada anilor '60, ulterior, după ce psihotropele și-au consumat virtualitățile, testându-se mai precis posibilitățile, metodele psihoterapeutice au început să abordeze, cu tot mai multă dezinvoltură, domeniul psihozelor și, în primul rând, al psihozelor discordante. Această tendință a fost încurajată sub aspect doctrinar de anumite idei desprinse din filozofia existențialistă sau de apariția unor curente ca antipsihiatria, care, pornind de la o premisă de înalt umanitarism (aceea a reconsiderării atitudinii terapeutice față de bolnavul psihic) fără o argumentare științifică și o realistă poziție clinică, au eșuat într-un penibil empirism.

9.1. *Asupra combinării psihofarmacologiei cu psihoterapia în psihozele discordante.* Curentul de idei care a favorizat aplicarea psihoterapiei în psihoze este alimentat de unele opinii — comprehensibile dar neverificabile — ale unor psihiatri de înalt prestigiu științific, după care, „aproape 30 % din schizofrenici se remit fără neuroleptice și 10 % rămân grav bolnavi, în ciuda tratamentului neuroleptic îndelungat” (M. Bleuler, 1979, p. 1407). Desigur, astfel de idei, asertate fără a fi fost verificate, ridică numeroase întrebări privind în primul rând concepția teoretică a autorului și rigoarea lui în încadrarea nosografică, aspecte atât de variate în practica psihiatrică.

În acest context apar cu atât mai valoroase unele studii, care, bazate pe o metodologie riguroasă, au încercat să estimeze rezultatele concrete ale tratamentelor psihofarmacologice în comparație cu cele psihologice în privința bolilor psihice, în general, și a psihozelor discordante, în special. Se pare că unul din primele studii asupra acestei probleme aparține lui P. R. A. May (1968), care a tratat separat patru grupe de pacienți schizofrenici, aflați la prima internare: psihoterapie de inspirație psihanalitică (grupa I), psihoterapie de inspirație psihanalitică + trifluoperazină (grupa II), trifluoperazină, fără psihoterapie (grupa III) și încercări de socio-terapie, fără psihofarmacologie sau psihoterapie (grupa IV). Utilizând criterii complexe, psihologice și clinice, de evaluare a rezultatelor, s-a constatat că grupele II și III (care au primit neuroleptice) au obținut cele mai evidente ameliorări terapeutice. În plus, grupa I, care a fost tratată prin psihoterapie, nu a obținut rezultate mai bune decât grupa IV, care nu a beneficiat de psihoterapie.

Pacienții supuși acestei investigații, au fost ulterior luați într-un studiu de urmărire întreprins de P. R. A. May și H. Tuma (1976) pe o perioadă de 5 ani, pentru a constata efectele „în timp” ale tratamentelor aplicate. Astfel, testările efectuate la 1, 2 și 3 ani de la prima internare,

au evidențiat „efectul semnificativ” al neurolepticului în „scurtarea duratei spitalizării” față de psihoterapie.

În alte experimente, efectuate de R. I. Shader și col. (1969) și în special de L. Grinspoon și col. (1972), s-a evidențiat, de asemenea, valoarea terapeutică a neurolepticelor în comparație cu aceea a psihoterapiei. Referindu-se la una din grupele de pacienți din studiul lor care în loc de fenotiazine a primit placebo, autorii susțin faptul că deși rezultatele au fost inferioare celorlalte grupe, totuși psihoterapia i-a ajutat pe bolnavi să se mențină „timp de 8 săptămâni” la un nivel simptomatologic acceptabil, ceea ce le-a permis rămânerea lor în grup. Această observație este pusă în corelație cu altele, în care pacienții nu au rezistat fără neuroleptice mai mult de 6 săptămâni, agravarea stării lor impunând instituirea tratamentului psihofarmacologic.

Unul din cele mai edificatoare studii asupra raportului dintre tratamentul psihofarmacologic și psihoterapie în schizofrenie a fost întreprins de P. R. A. May și col. (1976), care au selecționat un lot de pacienți schizofreni, aflați la prima internare, pe care l-au împărțit în patru grupe, în funcție de tratament; acesta a constat în: fenotiazine, fenotiazine + psihoterapie, psihoterapie și o grupă de control (fără tratament psihofarmacologic sau psihologic). Cele mai bune rezultate au fost obținute de primele două grupe (care au primit fenotiazine și respectiv fenotiazine + psihoterapie). La acești pacienți s-a constatat o ameliorare net superioară, evidențiată prin examinări clinice și probe psihologice, o scurtare a duratei de spitalizare și „o creștere a ratei de ameliorare”. Concluziile acestor cercetări sînt dezolante în ceea ce privește eficacitatea psihoterapiei în schizofrenie, întrucît grupul de pacienți care a primit numai psihoterapie nu a prezentat nici o ameliorare statistic semnificativă față de grupul de control; mai mult chiar, față de acest ultim grup, unii pacienți din grupul cu psihoterapie au prezentat rezultate mai slabe la anumite variabile clinico-psihometrice. Nu este mai puțin adevărat însă că psihoterapia aplicată acestor pacienți a fost probabil de slabă calitate, fiind efectuată de psihoterapeuți începători și pe o durată relativ scurtă, de aproximativ 50 ore în ședințe bisăptămînale de cîte o oră.

Din alte studii (bazate pe o metodologie asemănătoare și repetate la anumite intervale), ale căror rezultate sînt elocvente, ca și din alte cercetări adiacente, se pot desprinde anumite observații generale, și anume:

- neurolepticele au o certă eficacitate în stadiul acut al psihozelor discordante, rezultatele lor fiind cu atît mai evidente, cînd se compară cu acelea ale psihoterapiilor care, în această fază a bolii, se dovedesc ineficiente;

- neurolepticele și-au testat eficacitatea atît în privința simptomatologiei acute, cît și asupra patomorfozei psihozei a cărei evoluție ulterioară este influențată favorabil de tratamentul psihofarmacologic aplicat în perioada inițială. Totuși, sînt numeroși psihiatri care consideră că „dacă vrem să obținem mai mult decît îndepărtarea simptomatologiei manifeste, este necesară psihoterapia concomitentă... scopul psihoterapeutului fiind acela de a modifica viața interioară a pacientului și nu numai simpla eliberare a lui de simptome” (S. Arieti, 1974, p. 528);

- în stările postprocesuale însă, psihoterapia ameliorează și dezvoltă posibilitățile relaționale și conduitele sociale ale pacientului;

— în stadiile de stabilizare și de cronicizare a psihozei, s-a constatat că scade pînă la anulare eficacitatea psihofarmacologiei, aceasta cedînd locul psihoterapiei și socioterapiei.

9.2. *Asupra combinării psihofarmacologiei cu psihoterapia în psihozele afective.* În privința psihozelor afective, în special a celor unipolar-depresive, opoziția psihofarmacologie-psihoterapie prezintă un caracter de înaltă responsabilitate, datorită potențialului suicidal al acestor condiții, soldat cu o semnificativă rată de mortalitate. Aceasta a impus ca psihozele depresive să fie considerate ca urgențe psihiatrice acordindu-li-se astfel o asistență imediată, adecvată și cit mai calificată.

În aceste condiții, a fost larg salutată apariția medicamentelor psihoanaleptice și în special timoanaleptice, susceptibile să normalizeze, să ortotimizeze starea afectivă a bolnavilor depresivi; ele au fost imediat aplicate în terapia psihiatrică, dovedindu-și fără întîrziere eficacitatea clinică. Alături de medicamentele antidepressive, terapia electroconvulsivantă își continuă seria succeselor, confirmînd, cu fiecare caz, rolul de cel mai eficace mijloc terapeutic cunoscut pînă în momentul de față.

În virtutea acestor considerente, metodele psihologice de tratament nu puteau fi acreditate ca mijloace terapeutice efective în psihozele depresive; ele se limitau la o abordare a depresiilor denumite „exogene”, respectiv a depresiilor nevrotice, cedînd integral psihofarmacologiei și electroșocului domeniul terapeutic al depresiilor autentice, psihotice.

Dacă aceasta a fost situația în psihiatria din țara noastră și, desigur, în cele mai multe țări din Europa, situația era exact contrară, în S.U.A., Canada și Anglia, precum și în alte țări de limbă anglo-saxonă, unde „se punea întrebarea cînd și cum trebuie introduse medicamentele în psihoterapia pacienților depresivi sau, dacă nu cumva, ele n-ar trebui prescrise deloc” (Myrna M. Weissman, 1981, p. 1313).

Data fiind această polarizare a opiniilor și conduitelor în privința terapiei depresiilor, cu atît mai surprinzătoare și totodată păgubitoare pentru practică este situația cercetărilor care să estimeze și să obiectiveze comparativ eficacitatea exclusivă a mijloacelor chimice sau psihoterapeutice. Dacă astfel de studii comparative sînt slab reprezentate și izolate, există numeroase studii care arată valoarea psihoterapiei ca tratament singur ea fiind larg răspîdită în practica terapiei depresiilor. Deși formulază concluzii pozitive, aceste studii nu sînt însă semnificative. Astfel, M. Lieberman (1976) realizînd o revistă a literaturii asupra psihoterapiei în depresii, constată că majoritatea acestor studii „includeau populații neselectate” sau pacienți cu diverse tulburări psihice, la care depresia făcea parte din ansamblul simptomatologic al bolii „diagnosticul primar nefiind acela de depresie”. Totodată, M. Lieberman subliniază că printre lucrările cercetate nu a găsit nici una „cu date complet controlate” care să cuprindă un lot omogen și reprezentativ numeric de pacienți depresivi și care să folosească un minimum de standarde științifice privind evaluarea clinică.

Studiile izolate, întreprinse de S. Lesse (1962 și 1966), care au folosit în cercetare tratamente combinate, au raportat că asocierea psihoterapiei și antidepressivelor a determinat ameliorarea stării psihice, ducînd la scutirea spitalizării și la reducerea utilizării electroșocului. Myrna M. Weissman și col. (1976), utilizînd timoanaleptice la pacienți depresivi tratați prin

metode psihoterapeutice, menționează că medicamentele nu au nici un efect negativ asupra psihoterapiei, iar aceasta nu interferează răspunsul farmacodinamic. Se subliniază, totodată, că cele două mijloace terapeutice acționează asupra unor aspecte diferite, ceea ce determină obținerea unor rezultate pozitive cumulate. De asemenea, L. Luborsky și col. (1975) subliniază „efectul aditiv” al celor două mijloace terapeutice, utilizate combinat în tratamentul ambulator al pacienților depresivi. Ei menționează faptul că, în opoziție cu observațiile unor studii din deceniul trecut, nu au remarcat nici o interacțiune negativă între mijloacele psihoterapeutice și substanțele psihofarmacologice.

Dacă în privința psihozelor depresive acute, substanțele neuroleptice și în special timoanalepticele au făcut dovada incontestabilă a eficacității lor, în comparație cu metodele psihoterapeutice, în privința depresiilor cronice studiile par să încline accentul eficacității asupra psihoterapiilor. Trei grupe de cercetări relativ recente și întrucitva concomitente, încearcă să argumenteze această aserțiune.

În primul grup de cercetări întreprinse de G. L. Klerman și col. (1974), Myrna M. Weissman și col. (1974) și E. S. Paykel și col. (1976) desfășurate la *New Haven — Boston*, s-a folosit amitriptilină, placebo și un grup de control, cu și fără psihoterapie individuală, în tratament de întreținere, pe o perioadă de opt luni, la un număr de 150 pacienți depresivi. Rezultatele au ilustrat un efect favorabil al psihoterapiei „asupra funcționării sociale și interpersonale”, dar aceasta nu a influențat evident amploarea simptomelor și rata recăderilor.

Al doilea grup de studii, organizat de L. Covi și col. (1974), R. Lipman și col. (1975) la *Baltimore*, asupra unui număr de 19 pacienți depresivi, a comparat rezultatele imipraminei, diazepam-ului și placebo, cu rezultatele psihoterapiei de grup care s-a efectuat pe o perioadă de 4 luni din cele 16 luni ale tratamentului psihofarmacologic. Și în aceste studii s-a remarcat efectul favorabil al psihoterapiei de grup „asupra posibilităților relaționale și empatiei”, într-o mai mare măsură decât asupra simptomatologiei.

Dacă primele două grupuri de studii au testat eficacitatea timoanalepticelor față de psihoterapia de grup și, respectiv, psihoterapia individuală, al treilea studiu întreprins de A. Friedman (1975) la *Philadelphia*, a utilizat psihoterapia maritală. Aceasta a fost aplicată unui număr de 196 pacienți căsătoriți, pe o perioadă de trei luni, în paralel cu amitriptilină și placebo. Menționăm că acest studiu s-a desfășurat asupra depresivilor nevrotici în tratament ambulator, rezultatele sale făcând obiectul unor numeroase tehnici de evaluare. Ele au ilustrat o ameliorare rapidă a pacienților sub aspectul conduitei sociale și interpersonale datorită psihoterapiei, care nu a avut însă o eficacitate la fel de promptă asupra simptomatologiei.

După cum se poate constata, rezultatele acestor cercetări sînt întrucitva asemănătoare. Ele prezintă în comun faptul că datele au fost prelucrate prin analiză factorială astfel încît să se poată evidenția cît mai clar efectele psihoterapiei în comparație cu cele ale psihofarmacologiei. Datorită acestor condiții comune ale metodologiei de cercetare, putem desprinde unele observații generale privind prioritatea și eficacitatea mijloacelor terapeutice în depresiile nevrotice și psihotice :

— antidepresivele triciclice s-au dovedit a fi mai eficace decât mijloacele psihoterapeutice în privința reducerii simptomelor și evitării recăderilor ;

— ameliorarea simptomatologică produsă prin substanțe timoanaleptice favorizează aplicarea metodelor psihoterapeutice ;

— psihoterapiile au un efect superior substanțelor psihofarmacologice în ceea ce privește funcționarea socială și relaționarea interpersonală.

10. Influența psihofarmacologiei și psihoterapiei asupra patomorfozei psihozelor

Dacă elementul cel mai frapant adus de psihofarmacologie este schimbarea aspectului spitalului de psihiatrie, elementul cel mai important adus de această nouă știință constă în modificările de semiologie psihiatrică și de nosografie. Într-adevăr, neurolepticele nu au schimbat numai fața spitalului de psihiatrie, dar au creat și o nouă semiologie care se referă atât la simptomatologia propriu-zisă a bolilor psihice, cât și la fenomenologia clinică indusă de cura neuroleptică (veritabilă semiologie psihofarmacologică). Astfel, sub influența neurolepticelor au diminuat sau au dispărut stările de agitație (ce impuneau contenție), acțiunile elastice, stările cata-tonice clasice, perioadele de negativism verbal, ca și dramaticul negativism alimentar (care impunea alimentarea forțat-artificială prin sondă esofagiană). În același timp, se constată o scădere a amplitudinii delirului dar mai ales o deplasare a conținutului său de la teme mistice, filiatice, cosmogonice la cele de influențare, prejudiciu, urmărire etc. Totodată, psihozele afective au devenit mai estompate și mai limitative, spitalul actual nemaicunoscând exuberanța neobosită a stărilor expansive. Se poate afirma de aceea că psihoterapia, dar mai ales psihofarmacologia au schimbat semiologia nu numai sub aspectul intensității simptomelor, ci și al conținutului lor, realizând o *patomorfoză simptomatică*. Cu toate că această modificare, sau mai bine spus aplatizare a fenomenologiei clinice, este explicată și prin acțiunea unor factori culturali, sociali și familiali fără îndoială că „simptomatologia în bolile psihice s-a modificat în ultimele trei decenii nu numai din motive socioculturale, ci și datorită chimioterapiei moderne” (V. Predescu, L. Alexandrescu, T. Ciurez, 1980, p. 163).

În afară de aceasta, cura neuroleptică a indus o nouă *semiologie* și chiar o nouă *sindromologie psihiatrică*. Astfel, scăderea rapidă a nivelului psihoenergetic tinde să estompeze și întrucitva să omogenizeze coloritul fenomenologiei clinice, cu toate că neurolepticele menajează posibilitățile conștiinței și cogniției. Cele mai numeroase și interesante manifestări clinice ale administrării substanțelor psiholeptice și în special a neurolepticelor incisive pot fi observate asupra activității psihomotorii care prezintă o adevărată „neurologie terapeutică”, ilustrată prin tremor, distonii, parakinezii, mioclonii, crize oculogire și chiar epileptiforme. Dacă majoritatea acestor manifestări se aseamănă cu cele întâlnite în atingeri extrapiramidale, alte fenomene clinice, ca, de exemplu, akatisia și tasikinezia sînt inedite. În funcție de caracteristicile chimice ale substanței neuroleptice, de doză și de reactivitatea persoanei, aceste simptome, de intensitate variabilă și bogat polimorfism, pot fi grupate în *sindroame* a căror denumire (*hipokinetice, akinetice, diskinetice, akineto-hipertonice, hiperkineto-hipertonice* etc.) este ilustrativă pentru forma lor clinică.

Pe lângă faptul că au creat noi aspecte semiologice și sindromologice, substanțele psihofarmacologice ca și acțiunile psihoterapeutice au influențat profund structura și evoluția entităților nosografice psihiatrice. Prin aceasta „formele clasice descrise în tratate sînt înlocuite cu forme atipice care cer o reînnoire a descrierilor și a conceptelor” (J. Delay, 1966, p. 1153). Într-adevăr, la modificările înregistrate în domeniul simptomatologiei, al *patomorfozei intrasindromale* se adaugă modificări în istoria naturală a bolii psihice respectiv o *patomorfoză nosografică*. Astfel, se constată o reducere a duratei puseelor psihotice, dar și a perioadelor de remisiune. Aceste modificări nu privesc numai durata manifestărilor psihopatologice sau a remisiunilor, întrucît „medicațiile actuale” determină totodată „modificări structurale ale bolii care iau astăzi înfățișări necunoscute în trecut” (H. Ey, P. Bernard, Ch. Briset, 1978, p. 1109). În plus, am avut posibilitatea să constatăm că prin terapia psihofarmacologică nu numai puseul psihotic își reduce coloratura și amplitudinea clinică, dar și perioada de remisiune cunoaște o modificare nespecifică; aceasta pierde nu numai în durabilitate, dar și în limpezime, în claritate ca și cum potențialitățile psihotice, prin tratamentul cu neuroleptice, nu au fost total eliminate ci doar „decapitate”, parțial „avortate”.

Prin estomparea contururilor și delimitărilor dintre entitățile nosografice clasice, devin tot mai numeroase formele nespecifice care implică reale dificultăți și nu rareori, erori diagnostice. Astfel, dacă ne referim la boala psihică cea mai clar delimitată, cea mai bine conturată, psihoza afectivă — uni sau bipolară —, constatăm că aceste forme nespecifice induse de neuroleptice au fost frecvent atribuite schizofreniei care, în virtutea polimorfismului său „accepta” ceea ce alte afecțiuni cu tablouri clinice mai clare, excludea. În felul acesta s-a ajuns ca morbiditatea prin schizofrenie să fie în mod artificial încărcată în detrimentul psihozelor afective, subestimate ca incidență și, în general, ca morbiditate. Numai observații catamnestice din ultimii ani care au ilustrat acuratețea remisiunilor din aceste pseudoschizofrenii au dezvăluit faptul că era vorba de o *falsă interpatomorfoză*, modificarea raporturilor dintre morbiditatea celor două psihoze fiind determinată de erori de diagnosticare și de încadrare.

Această situație însă nu anulează problema patomorfozei psihiatrice indusă de terapiile psihologice și psihofarmacologice, în virtutea căreia „criteriile nosografice clasice nu mai acoperă realitatea”... în care „o anumită schizofrenie tratată ia aspectul unei nevroze obsesionale” (G. Bouckson, 1965, p. 85). Prin aceasta nu trebuie să se înțeleagă faptul că tratamentele psihofarmacologice au creat noi entități psihiatrice, chiar dacă „era terapeutică a contribuit la multiplicarea formelor de tranziție între speciile morbide” (J. Delay, 1966, p. 1153); este vorba numai de modificarea formei sub care se manifestă boala și nu de schimbarea esenței acesteia care poate fi sesizată printr-o analiză clinică mai subtilă, completată în mod necesar cu viziunea longitudinală.

În ansamblu, se poate preciza însă că prin aportul psihofarmacologiei s-a înregistrat o dinamizare a patomorfozei în sensul unei deplasări a acesteia spre tablouri clinice mai puțin manifeste, mai puțin specifice, în mare măsură pseudonevrotice; este cert că sub acțiunea neurolepticelor s-a schițat drumul evoluției psihozelor: de la manifest și spectacular spre miniatural, marginal, paranormal.

11. Necesitatea prescripției psihofarmacologice și responsabilitatea orientării exclusiv psihoterapeutice

În mod firesc, orientarea terapeutică a clinicianului ar trebui să fie determinată de starea psihopatologică a pacientului, în care includem date privind natura afecțiunii, caracterul simptomatologiei, stadiul evolutiv al bolii și modul de răspuns al bolnavului la tratamente anterioare similare.

Totuși, studii sociologice efectuate în ultimul deceniu de către L. S. Linn (1971), E. Hemminki (1975), G. V. Stimson (1975) și alții ilustrează faptul că decizia cu privire la prescripția tratamentului psihofarmacologic nu este determinată numai de patternul psihopatologic al pacientului, ci și de formația și experiența medicului, la rindul lor puternic influențate de contextul social și instituțional în care acesta își desfășoară activitatea. În situația concretă, în fața pacientului, medicul vine nu numai cu formația și experiența sa, ci și cu experiența altora, exprimând posibilitățile și orientările medicale generale, el fiind exponentul „unei atitudini colective față de un medicament” (A. Achaintre, P. Balvet, 1963, p. 84). Datorită acestui fapt (ca și lipsei de informare asupra domeniului) imensa majoritate a pacienților nu pot formula opinii asupra oportunității intervenției sau alegerii metodei terapeutice.

La rindul său, medicul, în virtutea formației, experienței și informației sale își cristalizează convingeri asupra utilității și eficienței diverselor metode și procedee terapeutice. În același timp, diversitatea programelor de instrucție, particularitățile experienței sale clinice, aptitudinea observației ca și posibilitățile informației sale determină orientări terapeutice atît de variate, încît privite în ansamblu, apar ca divergente și în ultimă instanță oponente. Uneori, medicul nu este conștient de particularizarea sau de singularizarea conduitei sale terapeutice, pentru că, în afara formației și experienței, asupra acestuia acționează factori cu diverse grade de generalitate printre care „anumite atribute ale mediului socio-economic al medicului, sistemul său de valori, precum și caracteristici ale instituției în care el își desfășoară activitatea” (R. W. Downing, K. Rickels, 1981, p. 1419). De aceea, pentru a obține un succes cît mai deplin prin mijloacele terapeutice folosite, medicul trebuie să aibă în vedere și conduita altor terapeuți față de cazuri similare, să facă apel la „o gîndire colaterală sau multilaterală” (V. Predescu și col. 1980, p. 246), capabilă să-i asigure cea mai indicată atitudine terapeutică.

Absența unei viziuni globale asupra posibilităților reale ale diferitelor mijloace terapeutice limitează succesele imediate ale medicului, dar în același timp prejudiciază evoluția ulterioară a bolii cu repercusiuni asupra destinului pacientului. Astfel, unele studii efectuate în ultimul deceniu au abordat direct această problemă, propunîndu-și observația comparativă a loturilor de pacienți care au fost tratați prin unul din principalele mijloace terapeutice: psihoterapie, socioterapie, psihofarmacologie, la care s-a adăugat un grup de control. S-a putut demonstra astfel că loturile tratate cu neuroleptice au obținut rezultate net superioare atît față de cele tratate prin psihoterapie sau socioterapie, cît și față de grupul de control.

S-a putut constata, de asemenea, cît de fragile au fost speranțele privind virtuțile terapeutice ale psihoterapiei în psihoze, întrucît aceasta nu a putut realiza nici un indice de ameliorare față de grupul de control;

în plus, așa cum au observat P. R. A. May și col. (1976) grupul tratat numai prin psihoterapie a înregistrat chiar o ușoară tendință de înrăutățire a stării psihice. Desigur, astfel de observații trebuie reanalizate, reluate și sub alte unghiuri (mai bine instrumentate metodologic) și verificate statistic; cu toate aceste limite, studiile amintite au pus un mare semn de întrebare asupra succeselor psihoterapiei și a oportunității lor în faza de evoluție a psihozelor. De asemenea, a fost infirmat mitul perturbării relației terapeutice și al întunecării „ecranului terapeutic” prin aplicarea în timpul curei psihoterapeutice a terapiilor psihofarmacologice; astfel, studii inițiate de L. Grinspoon și col. (1972) și continuate de alți clinicieni cu orientare psihoanalitică au evidențiat faptul că pacienții psihotici au avut o relaționare și un grad de integrare socială net superioare în perioadele de tratament cu fenotiazine față de perioadele în care efectuau numai psihoterapie.

Un interes și mai înalt îl reprezintă studiile care arată evoluția („la distanță”) a pacienților psihotici care la începutul bolii au primit tratament psihofarmacologic, față de cei care au fost supuși numai psihoterapiei. S-a constatat astfel că aceștia din urmă au avut nevoie de o perioadă de spitalizare de două ori mai mare față de pacienții care au beneficiat de tratamentul neuroleptic. Există observații conform cărora neadministrarea tratamentului psihofarmacologic în timpul unui episod psihotic determină o evoluție nefavorabilă a stării pacientului în următorii 3—5 ani, aceasta constituind un argument pentru faptul că „intervenția unui drog modifică evoluția naturală a bolii în mod evident” (J. M. Davis, 1980, p. 2271). În măsura în care această observație, care se instituie ca o concluzie a mai multor studii, va putea fi mai precis verificată și mai larg confirmată, influența psihofarmacologiei în evoluția individuală, cât și în patomorfoza generală a psihozelor nu va mai putea fi contestată.

12. Tratamentul psihofarmacologic și contextul socioterapeutic

Apariția și dezvoltarea deosebită pe care au cunoscut-o în ultimele două decenii psihoterapiile de grup trebuie pusă în legătură cu evoluția socioterapiei. Prin creșterea gradului de umanizare a spitalelor, ca și prin preocuparea pentru condițiile socioculturale ale bolnavilor, socioterapia a favorizat dezvoltarea și diversificarea psihoterapiilor de grup care, la rândul lor, atât prin deziderate, cât și prin larga aplicabilitate se înscriu în programul de acțiune al socioterapiilor. În același timp, psihoterapiile de grup realizează „atmosfera terapeutică” și emulația psihologică pentru o cât mai largă participare la programele sociale organizate în spitale.

Treptat, din condiții terapeutice, socioterapiile s-au detașat în mijloace terapeutice, cărora terapeuții care respingeau „drogurile” le-au acordat virtuți specifice. În felul acesta, în viziunea multor clinicieni, opoziția psihofarmacologie/psihoterapie s-a transformat în alternativa psihofarmacologie/socioterapie.

Pentru numeroși psihiatri deprinși cu tratamentul psihofarmacologic și convinși de necesitatea și eficacitatea acestuia, corolarul socioterapeutic este privit dintr-o perspectivă formală și fastidioasă. Analiza relației psihofarmacologie-socioterapie se impune însă, întrucât, unii psihiatri cu autoritate profesională nu numai că o consideră postulativă, dar o au în vedere și ca alternativă între psihofarmacologie și socioterapie exprimându-și

opțiunea pentru cea de-a doua. Este de amintit în acest context opinia lui Aubrey Lewis, care, în calitate de președinte al Societății engleze de psihiatrie considera că „dacă am avea de ales între abandonarea tuturor drogurilor psihotrope și abandonarea mijloacelor de reclasare socială, n-am avea nici o ezitare în această alegere : drogurile ar trebui să dispară”.

Fără îndoială că nimic nu trebuie abandonat înainte de a fi temeinic analizat și cum opțiunea a fost formulată cu 15 ani în urmă, să vedem în ce măsură, în această perioadă, clinica psihiatrică a confirmat ceea ce Aubrey Lewis a postulat.

Trebuie să menționăm de la început că unele tulburări psihice și uneori chiar boli psihice pot beneficia de o netă ameliorare, eventual de o vindecare, fără psihofarmacologie, ci numai prin amenajarea condițiilor sociale. Această situație o întâlnim în cazuri ușoare, de tulburări nevrotice, și, excepțional, în cazul unor pusee psihotice. De asemenea, trebuie acceptat faptul că mijloacele psihofarmacologice nu-și pot valorifica pe deplin posibilitățile terapeutice cînd sînt prejudiciate sau sînt insuficient organizate condițiile de spitalizare și de relaționare terapeutică. Dar nu este mai puțin adevărat că „cel mai bun spital psihiatric, fără medicamente, nu este decît un hotel, ceea ce rareori este suficient pentru vindecare. Inversînd termenii, putem spune la fel despre amenajarea terapeutică a mediului și despre psihoterapie” (P. Balvet, 1965, p. 15).

Dacă această aserțiune are un caracter empiric, ce nu contravine însă realismului clinic, M. Greenblatt și col. (1965) realizează o cercetare care, prin metodologia riguroasă și spiritul de autenticitate, este frecvent citată în lucrări de specialitate. Autorii compară două grupe de pacienți schizofrenici care au primit terapie socială intensă (cu neuroleptice și, respectiv, fără neuroleptice) cu alte două grupe omogene, care au primit terapie socială minimă (cu neuroleptice și respectiv fără neuroleptice). Din cele patru grupe se detașează net, în privința gradului de ameliorare, grupele care, pe lângă terapia socială (intensă sau minimă), au primit neuroleptice. Dintre aceste două grupe aceea care a primit terapie socială intensă, a prezentat o ameliorare simptomatică întrucîtva superioară.

Dacă cercetarea citată s-a efectuat asupra pacienților schizofrenici cronici spitalizați, M. J. Goldstein și col. (1975) au întreprins un studiu comparativ asupra pacienților schizofrenici acuti, recent externați după prima spitalizare care, așa cum se precizează, a fost foarte scurtă. Spre deosebire de cercetarea anterioară în care, pe lângă socioterapie s-au folosit neuroleptice convenționale, aici s-au folosit neuroleptice *depôt* (enantat de flufenazină) în doze standard și respectiv în doze mici. Astfel, pacienții au fost împărțiți de asemenea în patru grupe, din care două au primit doze standard de flufenazină (cu și respectiv fără socioterapie), iar alte două grupe au primit doze mici de flufenazină (cu și respectiv fără socioterapie). Cele mai bune rezultate au fost constatate în grupa care a primit doze scăzute de flufenazină asociate cu socioterapie. Se precizează totodată că dintre cele două grupe care nu au primit socioterapie, grupa tratată cu flufenazină standard a obținut rezultate superioare. De asemenea, se menționează că în condițiile unei neuroleptizări superioare, socioterapia „nu este utilă” nici sub aspectul reducerii simptomatologiei și nici al prevenirii recăderii.

Aceste observații trimit la concluziile relativ recent formulate cu privire la alternativa tratamentelor singular aplicate, și anume : „terapiile sociale nu înlocuiesc în nici un fel fenotiazinele și nu posedă activi-

tatea antipsihotică a drogurilor; dimpotrivă, tratamentul fenotiazinic singur, deși determină reducerea simptomelor psihotice ale pacientului, nu-l poate ajuta pe acesta să-și găsească o bună adaptare la diverse situații” (J. M. Davis, 1980, p. 2272).

Totodată, cu privire la complementaritatea și congruența acțiunii terapeutice a substanțelor psihofarmacologice și a metodelor socioterapeutice poate fi menționat faptul, desprins din numeroase observații clinice, conform căruia, cu cât pacientul este mai cronic, cu atât valoarea terapeutică a psihofarmacologiei este mai slabă, după cum, cu cât pacientul se află la o vîrstă mai înaintată, cu atât valoarea socioterapiei crește și trebuie mai intens promovată.

13. Convergențe farmaco-psiho-socioterapeutice

Opoziția psihofarmacologie/psihoterapie se desfășoară pe un anumit fundal care, în accepțiune pragmatică este constituit din cadrul instituțional. Pornind de la această aserțiune considerată ca premisă, concluzia raționamentului ar fi aceea că instituția medicală psihiatrică, în ipostaza sa de *mediu terapeutic*, a determinat apariția mijloacelor terapeutice, polarizate și ilustrate prin psihofarmacologie și psihoterapie. Aceasta este însă numai aparența, întrucît practica desfășurării evenimentelor nu este superpozabilă cu logica demersului lor. În fapt, atât istoria psihofarmacologiei, cît și aceea a psihoterapiei ne arată că ele au apărut în afara spitalului de psihiatrie care le-a adoptat și le-a dezvoltat.

La rîndul lor, cele două mijloace terapeutice au schimbat în mod radical mediul instituțional, permițîndu-i să se transforme treptat într-un al treilea mijloc terapeutic medical. În special psihofarmacologia a determinat acest proces de transformare a condițiilor și a mediului în care-și dezbate problematica psihiatria, într-un mijloc terapeutic, pe care-l ilustrează actualmente socioterapia. Așa cum subliniam și în alt context, prin psihofarmacologie s-a schimbat structural spitalul de psihiatrie, în numai trei decenii parcurgîndu-se drumul de la condiția azilară la instituția întrutotul medicală și de aici la mijlocul terapeutic reprezentat de socioterapia actuală.

Generată de psihofarmacologie, socioterapia se instituie ca un mijloc terapeutic opus acesteia, pe care o neagă, preconizînd ameliorarea și vindecarea prin amenajarea mediului medical, familial și instituțional. Astfel, prin conținutul și orientările sale socioterapia se apropie de psihoterapie cu care încearcă realizarea unui front comun, ilustrat prin instituții terapeutice care tind să excludă mijloacele chimioterapeutice.

Cei mai mulți clinicieni au respins însă o astfel de opoziție în orientarea terapeutică și încă de la afirmarea socioterapiei au preconizat integrarea acesteia în contextul chimio și psihoterapeutic. Mai mult, s-a întrevăzut chiar o relație dialectică a celor trei mijloace terapeutice; astfel, dacă „dynamismul mobilizat prin efectele chimioterapeutice este utilizat pentru un veritabil travaliu psihoterapeutic, evoluția continuă activ, spre o ameliorare progresivă, atât a bolnavului..., cît și a instituției” (C. P. Racamier, L. Carretier, 1965, p. 68).

Opinii asemănătoare asupra unității dialectice a celor două mijloace terapeutice sînt exprimate și de alți clinicieni care consideră că „psihoterapia trebuie să confirme chimioterapia la fiecare nivel de ameliorare

pe care ea o poate permite"... , iar în această suită „progresul realizat de chimioterapie este acela de a fi făcut un număr mai mare de bolnavi accesibili scopurilor cu adevărat restauratoare pe care le comportă psihoterapia și socioterapia” (Cl. Conte, 1965, p. 93).

Totuși anumite cercetări au căutat să evidențieze și să obiectiveze efectele acțiunii singulare sau conjugate ale celor trei mijloace terapeutice. Astfel, G. L. Paul și col. (1972) au supus un lot de 51 pacienți cu schizofrenie, aflați în stadiul defectual, unui tratament neuroleptic și antidepresiv împărțind acest lot în două grupe, la una din ele au asociat socioterapia, iar la cealaltă psihoterapia. După șase săptămâni de tratament fiecare din cele două grupe a fost împărțită în două pentru a putea ca la jumătate din pacienții cu tratament complex, să li se întrerupă chimioterapia, continuându-se astfel experimentul, încă 17 săptămâni. Practic, s-au realizat patru grupe terapeutice, după cum urmează: socioterapie și neuroleptice timp de 17 săptămâni; psihoterapie și neuroleptice timp de 17 săptămâni; socioterapie și neuroleptice timp de numai 6 săptămâni; psihoterapie și neuroleptice timp de 6 săptămâni. Dintre concluziile acestei cercetări s-a desprins faptul că întreruperea tratamentului neuroleptic după 6 săptămâni nu a determinat „nici o schimbare semnificativă” în simptomatologia și conduita pacienților aflați în continuare sub influența socioterapiei și respectiv, psihoterapiei. Această cercetare completează altele care au ilustrat că, spre deosebire de pacienții cronici, pacienții aflați în stadiul acut resimțeau în mod negativ întreruperea tratamentului psihofarmacologic deși se continua tratamentul psihologic. Ca o observație generală asupra studiilor amintite se poate menționa faptul că, cu cât afecțiunea psihică este mai veche, cu atât este mai puțin „responsivă” la neuroleptice și mai permisivă la mijloacele socioterapeutice.

În alte cercetări efectuate asupra pacienților psihotici acuti, recent externați după prima internare, s-a constatat eficacitatea neurolepticelor față de socioterapia activă sau față de psihoterapie. Astfel, G. E. Hogarty și S. C. Goldberg (1973), precum și G. E. Hogarty și col. (1974) au împărțit un lot de schizofreni, cu o istorie de boală recentă, în patru grupe terapeutice, dintre care două au primit clorpromazină și respectiv placebo, la care au adăugat socioterapie și psihoterapie, în timp ce, celelalte două grupe au primit numai clorpromazină și respectiv placebo (fără socioterapie și psihoterapie). După doi ani de tratament, s-a constatat că cele mai bune rezultate terapeutice au fost obținute în grupele care au primit neuroleptice, indiferent dacă la acestea s-a adăugat sau nu socioterapia și psihoterapia. Este adevărat că, dacă în privința ameliorării simptomatologiei, cele două grupe care au primit neuroleptice nu au înregistrat diferențe, pacienții din grupa care a beneficiat în plus și de socioterapie și psihoterapie au avut o adaptare și o relaționare mai satisfăcătoare.

Actualmente există un consens al celor trei direcții terapeutice, farmacologică, psihologică și socioterapeutică, într-o unitate de concepție care nu este numai teoretică, ci și practică. Această unitate nu constituie numai o realizare doctrinală virtuală, ci și efectivă, reală, ilustrând însăși natura unitară a omului, în stare de sănătate sau de boală: un ansamblu de tehnici armonios asociate.

Bibliografie

- Achaintre A., Balvet, P., *Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963.
- Arieti, S., *Interpretation of Schizophrenia*, New York, Basic Books, 1974.
- Bailly-Salin, P., *Neuroléptiques et Psychothérapies*, „Confrontations Psychiatriques” 1975, 13, p. 225—246.
- Balvet, P., *Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine*, in : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P.-A. Lambert), Paris, Masson 1965, p. 5—16.
- Barahona-Fernandez, de H. J., *Pharmacopsychophérapie*, in : „Convegno di aggiornamento in psiconeurofarmacologia”, Torino, Min. Med., 1966, p. 256—285.
- Bellack, L., Rosenberg, S., „Psychosomatics”, 1966, 7, 106—114.
- Benoit, J.-C., *Médicaments psychotropes et psychothérapie*, in: *Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie*, 1965, 37820, p. 1—9.
- Blanc, Cl., *Les Mots, les Drogues et l'Esprit (Reflexions sur les positions psychanalytiques face aux chimiothérapies psychiatriques)*, „L'évolution psychiatrique”, 1966, 4, 707—741.
- Bleuler, M., *On Schizophrenic Psychoses*, „Am. Journ. Psychiatry”, 1979, 11, p. 1403—1409.
- Bouckson, G., *A la recherche d'une dynamique de la relation médecin-malade*, in : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 85—91.
- Claghorn, J. L. et al., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1974, 31, p. 361—365.
- Conté, Cl., *Brèves remarques cliniques et psychodynamiques sur les différents modes d'action des médicaments neuroléptiques*, in : *La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 92—95.
- Covi, L. et al., „Am. Journ. Psychiatry” 1974, 131, p. 191—198.
- Davis, J. M., *Antipsychotic Drugs*, in : „Comprehensive Textbook of Psychiatry”, III, vol. 3 (H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, eds), Baltimore, London, Williams-Willkins, 1980, p. 2257—2290.
- Delay, J., *Psychopharmacologie et psychiatrie*, „Presse méd.”, 1966, 74, 22, p. 1151—1157.
- Downing, R. W., Rickels, K., *Nonspecific Factors and Their Interaction with Psychological Treatment in Pharmacotherapy*, in : „Psychopharmacology : A Generation of Progress” (M. A. Lipton, A. Di Mascio, K. F. Killam eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1419—1428.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Psychiatrie*, Paris, Masson, 1978.
- Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1925.
- Friedman, A., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1975, 32, p. 619—637.
- Ginestet, P., et al., *Chimiothérapie Psychiatrique*, Paris, Masson, 1979.
- Goldstein, M. V. et al., in : *Drugs in Combination with Other Therapies* (M. Greenblatt ed.), New York, Grune-Stratton, 1975.
- Gorham, D. R., Pokorny, A. D., *Effects of phenothiazine and/or group psychotherapy with schizophrenics*, „Dis. Nerv. Syst”, 1964, 25, 77.
- Gottschalk, L. et al., „Psychopharmacologia”, 1965, 7, p. 303—310.
- Greenblatt, M. et al., *Drug and Social Therapy in Chronic Schizophrenia* Springfield III, Charles, C. Thomas, 1965.
- Grinspoon, L. et al., *Schizophrenia : Pharmacotherapy and Psychotherapy*, Baltimore, Williams-Wilkins, 1972.
- Grinspoon, L., Shader, R. I., In : *Drugs in Combination With Other Therapies* (M. Greenblatt ed.), New York, Grune-Stratton, 1975.
- Guyotat, J., *Neuroléptiques et psychothérapies*, Débat. „Confrontations Psychiatriques”, 1975, 13, p. 225—246.
- Hemminki, E., Soc. Sci. Med., 1975, 9, p. 111—116.
- Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1973, 28, 54—64.
- Hogarty, G. E. et al., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1974, 31, p. 603—608.
- Ionescu, G., *Studiul clinic al fenomenelor psihice subconștiente prin stimulare psihofarmacologică*, „Analele Universității București”, Psihologie, 1972, 21, p. 191—200.
- Ionescu, G., *Psihoterapia în condițiile psihofarmacologiei*, in : *Introducere în psihologia medicală*, București, Edit. științifică, 1973, p. 132—134.
- Ionescu, G., *Priority and efficiency in psychiatric treatment. A comparative study of psychotherapy and psychopharmacology*, „Revue roumaine des sciences sociales, série de psychologie”, București, 1983, 27, 2, p. 123—140.
- Karon, B. P., Vandembos, G. R., „Br. J. Psychiatry”, 1970, 116, p. 427—428.
- Klerman, G. L., in : *Drugs in Combination With Other Therapies* (M. Greenblatt ed.), New York, Grune-Stratton, 1975, p. 67—81.

- Klerman, G. L. et al., "Am. Journ. Psychiatry", 1974, 131, p. 186—191.
- Liberman, R. P., in : *Treatment of Schizophrenia* (L. J. West., D. E. Flinn eds.), New York, Grune-Stratton, 1976.
- Liberman, R. P. et al., „Journ Nerv. Ment. Dis”, 1973, 156, p. 432—439.
- Linn, L. S., „Journ. Health Soc. Behav”, 1971, 12, 132—140.
- Lipman, R. et al., in : „Evaluation of Psychological Therapies” (R. L. Spitzer, D. F. Klein eds.), Baltimore, Johns-Hopkins Univ. Press. 1973, p. 323—381.
- Luborsky, L. et al., Arch. Gen. Psychiatry”, 1975, 32, 995—1008.
- Marder, G., *Combining Family Therapy and Pharmacotherapy. Literature Review and Methodologic Issues*, in : *Family Therapy and Major Psychopathology* (M. R. Lansky ed.), New York, Grune and Stratton, 1981, p. 359—375.
- May, P. R. A. *Treatment of Schizophrenia*, New York, Science House, 1968.
- May, P. R. A., et al., *Schizophrenia : A follow-up study of results of treatment. Hospital stay over two to five years*, „Arch. Gen. Psychiatry” 1976, 33, p. 481.
- May, P. R. A., Tuma H., in : *Evaluation of Psychological Therapies* (R. L. Spitzer D. F. Klein eds.), Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press. 1976.
- Muyard, J.-P., *Neuroléptiques et psychothérapies. Débat.*, „Confrontations Psychiatriques”, 1975, 13, p. 225—246.
- Ostow, M., *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1962.
- Paul, G. L., et al., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1972, 27, p. 106—115.
- Paykel, E. S. et al., „Pharmacopsychiatry Neuropsychopharmakol”, 1976, 9, 127—136.
- Predescu, V., Alexandrescu, L., Ciurez, T., *Dimensiuni actuale ale terapiei biologice în afecțiunile psihice*, Nota I, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie”, 1980, 25, 3, p. 161—183.
- Predescu, V., Alexandrescu, L., Ciurez, T., *Dimensiuni actuale ale terapiei biologice în afecțiunile psihice*, Nota II, „Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie”, 1980, 25, 4, p. 241—251.
- Racamier, C. P., Carretier, L., *Rélation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institutions psychiatriques*, in : *La relation médecin — malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (red. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 58—84.
- Sarwer — Foner, G. J., *The Dynamics of Psychiatric Drug Therapy*, Springfield, 111, Charles C. Thomas, 1960.
- Shader, R. I. et al., in : „Schizophrenia : Current Concepts and Research.” (D. V. S. Sankar ed.), New York, P. J. D. Publications, 1969.
- Stévenin, L., *Les rapports de la psychothérapie et de la psychopharmacologie*, „Annales Moreau de Tours”, tom. II, P.U.F., 1965, p. 39—43.
- Stévenin, L., Benoit, J. C., *L'utilisation de médicaments psychotropes en psychothérapie*, „L'encéphale”, 1962, 5, p. 420—451.
- Stimson, G. V., „Journ. Commun.”, 1975, 25, p. 153—160.
- Sutter, J. M. et al., *Chimiothérapie et assentiment du malade à la thérapeutique*, in : *La relation médecin-malade au cours de chimiothérapies psychiatriques* (ed. P. A. Lambert), Paris, Masson, 1965, p. 106—133.
- Weissman, M. Myrna, *Psychotherapy and its Relevance to the Pharmacotherapy of Affective Disorders : from ideology to Evidence*, in : *Psychopharmacology. A Generation of Progress* (M. A. Lipton, A., Di Mascio, K. F. Killam eds.), New York, Raven Press, 1981, p. 1313—1321.
- Weissman, M. Myrna et al., „Arch. Gen. Psychiatry”, 1976, 33, p. 771—778.

PSIHOIGIENA ȘI PSIHOprofilaxia

1. Psihoigiena și psihoprofilaxia — delimitări semantice

Ambiguitatea conceptelor e un fenomen întâlnit, în mai mică sau mai mare măsură, în toate științele umane și sociale. Acest lucru a determinat dezvoltarea unui nou domeniu al matematicilor aplicate, domeniul logicii ambiguității (*fuzzy*), al conceptelor și problemelor vagi (L. A. Zadeh), domeniul „logicii raționamentului nuanțat” (Gr. Moisil). Polisemia termenilor utilizați în literatura problemei de care ne ocupăm impune precizarea conținutului lor semantic — stabilirea sensului în care îi utilizăm.

Psihoigiena și psihoprofilaxia — ca și ceilalți termeni corespunzători lor, folosiți chiar mai frecvent în literatura de specialitate, *igienă mintală* și respectiv, *prevenție sau profilaxie mintală* — sînt utilizați, de cele mai multe ori, ca sinonimi, cînd, de fapt, sferele acestor concepte se suprapun doar parțial. H. Piéron (1973, p. 207) definește *igiena mintală* (fără a o diferenția de psihoprofilaxie) ca o „ramură a igienei destinată să mențină sănătatea mintală și să asigure profilaxia nevrozelor și psihozelor, ocupîndu-se de factorii nocivi, cum sînt surmenajul, șocurile emoționale, intoxicațiile, alcoolismul etc. și asigurînd depistarea precoce a predispozițiilor”.

Unii autori (A. și R. Mucchielli, 1969) definesc *igiena mintală* ca „depistarea, prevenirea și tratamentul maladiilor mintale” (ceea ce depășește sarcinile disciplinei respective), iar alții (H. B. English și A. C. English, 1958, p. 318), fără a identifica psihoigiena și psihoprofilaxia, nu indică totuși diferențele dintre acestea.

G. Ionescu (în G. Ionescu, M. Bejat, 1980, p. 326—327) definește cele două concepte în așa fel, încît diferențele dintre ele sînt sesizabile: *psihoigiena* este concepută ca „un ansamblu de măsuri și mijloace destinate menținerii și promovării sănătății”, iar *psihoprofilaxia* ca „un ansamblu de măsuri destinate prevenirii apariției tulburărilor mintale sau împiedicării evoluției defavorabile a celor depistate”.

Într-adevăr, *psihoigiena* se ocupă de *elaborarea și aplicarea unor mijloace și măsuri practice, de cele mai multe ori cu caracter educativ, menite să ajute sanogeneza, prezervarea și promovarea sănătății psihice a oamenilor*, iar *psihoprofilaxia* se ocupă de : 1) *prevenirea apariției bolii, îmbolnăvirilor psihice sau a maladaptării sociale, prin depistarea precoce a persoanelor vulnerabile, cu simptome care indică un risc crescut de îmbolnăvire și îndepărtarea acestui risc — reducînd în consecință incidența tulburărilor psihice (= psihoprofilaxia primară); 2) prevenirea agravării tulburărilor psihice prin depistarea precoce și tratarea lor imediată, prin intervenție rapidă în situațiile de criză (crisis intervention), reducînd astfel durata bolii și im-*

plicit prevalența (= psihoprofilaxia secundară) și 3) *prevenirea sau limitarea consecințelor bolii, a proceselor dezadaptative și a deteriorărilor incălidante* (= psihoprofilaxia terțiară).

2. Psihoigiena și psihoprofilaxia în perioadele critice ale vieții (copilăria, pubertatea, adolescența, presenescența și senescența)

Bolile psihice — ca și cele somatice — pot apărea oricând în decursul vieții. Există însă perioade în care riscul de îmbolnăvire psihică este sporit, datorită unor împrejurări interne sau externe, atunci când în organism se produc transformări importante, care dereglează mecanismele homeostatice și homeodinamice, menite să asigure conservarea și dezvoltarea sistemului.

Vulnerabilitatea față de stressurile vieții este mai mare însă în anumite perioade.

2.1. *În copilărie*, deprinderile fiind insuficient consolidate, atitudinile abia întipărite, structurile comportamentale în curs de formare, ele sînt foarte fragile și pot fi ușor sfărîmate. În perioada preșcolarității se făuresc caracteristicile fundamentale ale personalității, modurile relativ stabile de acțiune, instrumentele principale cu care individul va înfrunța situațiile conflictuale, frustrante și stressante. Este perioada în care factorii familiali sînt hotărîtori, de ei depinzînd evoluția sanogenetică sau psihopatogenetică a copilului. Relațiile dintre cei doi părinți (armonioase, tensionate, conflictuale sau inexistente), relațiile dintre părinți și copii (normale, afectuoase, rezonabil protectoare, hiperprotectoare, autoritare, dure, carentate afectiv prin absența mamei sau din alte motive) influențează în mod hotărîtor dezvoltarea psihică a copilului. De aceea, la această vîrstă, măsurile educative de psihoigienă și de psihoprofilaxie trebuie focalizate asupra eventualelor disfuncții ale sistemului familial, pentru a fi înlăturate sau evitate influențele negative pe care le exercită acestea, asupra copilului, și care pot duce la reacții ostile, agresive, de indisciplină, la tulburări comportamentale, sau la inhibiție, apatie, negativism etc.

Copilăria, în special preșcolaritatea, reprezintă o perioadă în care se pun adesea temeliile unor tulburări psihice care vor deveni ulterior manifeste, agravîndu-se treptat în etapele evolutive următoare.

2.2. *Psihoigiena și psihoprofilaxia la pubertate și adolescență*. Pubertatea și adolescența — perioada dintre 12 și 20 de ani (uneori chiar peste 20, dată fiind prelungirea, în epoca noastră, a duratei pregătirii profesionale) — constituie una dintre etapele cele mai dificile ale vieții, datorită faptului că individul trebuie să facă față unor dereglări homeostatice caracteristice acestei perioade de creștere rapidă și de profunde schimbări în funcționarea organismului sub puternica influență a modificărilor hormonale survenite (Jones, 1965, apud E. B. Hurlock, 1974).

Dacă pubertatea reprezintă în viața omului o „revoluție” precum-pănitör biologică, adolescența este o „criză” preponderent psihologică, reverberație a efectelor maturației biologice în plan psihic și psihosocial, rezultat în ultimă instanță, al interrelațiilor celor trei categorii de factori bio-psiho-sociali.

Adolescența este vîrsta unor mari și rapide schimbări fizice, psihice și sociale, în care individul este confruntat cu solicitări numeroase și ade-

sea contradictorii: pe de o parte, adaptarea la sine — la o *self* imagine în continuă schimbare, rapid depășită datorită dinamicii dezvoltării, pe de altă parte, adaptarea la un mediu social care-și modifică simțitor cerințele față de adolescent. Aceste solicitări determină apariția unei duble conflictualități, unor serii conflictuale interferente: conflictualitatea determinată de procesul dezvoltării (destructurările și restructurările specifice acesteia), conflictualitatea intrapsihică, a adaptării la sine și cea interpsihică, a adaptării la solicitările mediului social.

Într-un studiu asupra adolescenței ca tulburare evolutivă, Anna Freud (1973) consideră că „sănătatea mentală depinde de compromisurile realizabile și de echilibrul care rezultă din acțiunea diferitelor forțe interioare, variatelor instanțe interioare și a lumii exterioare”. Introducând conceptul de „tulburare evolutivă” pe care-l socotește indispensabil pentru a desemna o categorie diagnostică specifică adolescenței și care se manifestă prin modificări calitative ale pulsionilor (substituirea la adolescent a pulsionilor pregenitale cu pulsuni sexuale de tip genital); alterări în organizarea eului, recurgerea la mecanismele de apărare (alternarea unor momente în care întregul sistem defensiv este solicitat la maxim pentru a se sustrage pulsionilor, cu altele de recrudescență nereprimată a activității pulsionale); tulburări în relațiile obiectuale, în special cu părinții care constituie principalul obiect al investițiilor afective (revolta adolescentului împotriva acestuia, lupta pentru dobândirea independenței); modificări privind idealurile și relațiile sociale (înlocuirea modelului ideal, părintesc, cu altul străin — uneori o persoană de aceeași vîrstă cu părinții, dar pe care o consideră infailibilă, sau, mai frecvent, aproximativ de aceeași vîrstă cu el (A. Freud, 1973, p. 29—35).

Sistemul educațional în ansamblu, bazat în special pe interdicții și numeroase tabuuri (impuse de familie, școală, societate), are un caracter frustrant, generator de conflicte între dorințe și apărarea de acestea, între diverse sisteme sau instanțe psihice, între pulsuni antagonice, între pulsuni și interdicții morale ale supraeului, între pulsuni și realitatea ce oferă condiții adesea defavorabile satisfacerii lor. Aceste mecanisme reprezintă un factor important de menținere a echilibrului atît la nivelul organismului, cît și între organism și mediu.

Natura esențialmente echilibratoare a activității defensive a eului intră însă în contradicție cu tendința fundamentală evolutivă a oricărei perioade de dezvoltare, tendință ce s-ar putea traduce printr-o dezechilibrare în vederea unei reechilibrări ulterioare, la un nivel superior. Acest model sau mecanism general al dezvoltării, pus în evidență și studiat de psihologie, îndeosebi la nivelul proceselor cognitive, se dovedește viabil și în ceea ce privește dezvoltarea afectivității și a structurii personalității. Conflictul este constitutiv ființei umane, fiind o modalitate dialectică obligatorie de organizare a vieții (Ed. Pamfil, D. Ogorescu, 1974), dar sistemul interdicțiilor exagerate (din familie, școală, etc.) au ca efect comprimarea tendințelor, a pulsionilor. El este de natură să pregătească descărcări explozive, ce pot dobîndi în unele cazuri caracter patologic, ducînd la întreruperea circuitului de natură să asigure dezvoltarea personalității sănătoase a adolescentului, care are loc printr-o neîntreruptă succesiune de dezadaptări și readaptări, de deconstructurări și restructurări ale schemeilor adaptative anterioare, de dezintegrări firești ale structurilor psihice anterioare, putînd dobîndi o orientare pozitivă sau negativă, în sensul dezvoltării armonioase a unei personalități potențial creative sau al unei evoluții patologice (K. Dabrowski, 1972).

Anna Freud (1958) avea dreptate să considere ca normal comportamentul contradictoriu inconstant și imprevizibil al unui adolescent care pendulează între manifestări extreme, comportament care la orice altă vîrstă ar fi considerat ca anormal (apud P. Sivadon, 1973, vol. I, p. 350). Aceste tulburări evolutive, tranzitorii în condiții favorabile, constituie factori de risc crescut de îmbolnăvire psihică în cazul existenței unor disfuncții în sistemul relațiilor familiale sau al unor dificultăți adaptative la mediul școlar.

Acțiunea de preservare și promovare a stării de sănătate psihică la adolescenți trebuie să intervină în aceste momente critice, pentru a evita dezvoltarea patologică a conflictelor și a favoriza descărcarea pozitivă a tensiunilor. Nu este o acțiune de loc simplă, implicînd participarea unei serii întregi de factori — din mediul familial, al relațiilor cu colegii, îndeosebi cu cei de sex opus — și cu profesorii, climatul școlar, procesul instructiv-educativ, autoinstruirea și autoeducația, fiecare dintre acestea putînd deveni surse generatoare de satisfacții sau de eșecuri și — prin patologizare — surse de tulburări adaptative, de diverse intensități. Din aceste motive, adolescenții — elevi și studenți — în condițiile unor demersuri educative inadecvate, constituie o categorie populațională cu risc crescut de îmbolnăviri psihice, care necesită întreprinderea unor măsuri de psihoigienă și psihoprofilaxie deosebite.

Activitatea în vederea preservării și promovării sănătății psihice a adolescenților are un caracter complex, solicitînd participarea — alături de medic și psiholog — a familiei, școlii, presei, radioului și televiziunii. Pentru a obține rezultatele scontate, această activitate trebuie înfăptuită întotdeauna cu competență, talent și vocație. Educația psihoigienică a adolescenților trebuie să înceapă de fapt cu educația educatorilor, părinți și cadre didactice, care au și sarcina dificilă de a participa la această operă de deosebită importanță socială. Toți cei implicați în procesul de educare psihoigienică a adolescenților (medici, psihologi, cadre didactice, părinți) trebuie să aibă cunoștințe aprofundate în domeniul psihologiei adolescenței și al măsurilor de psihoigienă specifice vîrstei, căci problemele de adaptare pe care le are de depășit adolescentul nu pot fi înțelese decît pornind de la cunoașterea aspectelor psihodinamice caracteristice acestei perioade de dezvoltare, iar fără această înțelegere nu este posibilă stabilirea comunicării și influența educativă. Trebuie să recunoaștem că majoritatea educatorilor nu au de obicei decît cunoștințe empirice despre psihologia adolescenței și acestea adesea distorsionate datorită timpului care s-a scurs de la propria adolescență și schimbării concepțiilor. Cunoașterea importanței psihoigienice a relațiilor dintre părinți și a celor dintre aceștia și copii este absolut necesară, întrucît exercită o puternică influență asupra stării de sănătate psihică a copilului și adolescentului. Și psihologia afectivității — inclusiv educația sexuală — joacă un rol de prim ordin în formarea personalității adolescentului.

În condițiile revoluției tehnico-științifice contemporane și ale creșterii extraordinare a cantității de informație, măsurile de psihoigienă a muncii intelectuale, formarea deprinderilor de lucru cu cartea, de utilizare a surselor de informație, însușirea științei de a învăța și gîndi creator, respectarea legilor psihologice ale învățării și gîndirii eficiente, dezvoltarea motivației intrinsece, însușirea tehnicilor de învățare logică și creativă și a deprinderilor de gîndire științifică, pot duce la micșorarea ratei eșecurilor și la promovarea stării de sănătate psihică, în special cînd aceste

măsuri sînt dublate și de o judicioasă orientare școlară și profesională, bazată pe cunoașterea aptitudinilor adolescentului.

Unele dintre aceste măsuri psihoigienice sînt valabile și în cazul învățămîntului universitar, deși trecerea de la cel liceal la acesta implică noi dificultăți și eșecuri adaptative.

Apariția unor tulburări psihice la adolescenți în primii doi ani de studenție este favorizată de prezența unor factori de risc interni legați de insuficienta maturizare a personalității (datorită nedepășirii depline a adolescenței și neatingerii complete a maturității), precum și de factori externi ce țin de structurarea vieții universitare, cum ar fi caracterul pasiv și reproductiv al învățămîntului tradițional, distanța mare între educatori și studenți, schimbarea de mediu cu desprinderea de familie, menținerea dependenței financiare prin prelungirea școlarității, toate acestea determinînd adesea reacții anormale față de examene și inhibiții condiționate emoțional față de muncă și studiu.

Tulburările psihice cele mai frecvente la studenți sînt stările nevrotice, „minore” și în special sindroamele asteno-nevrotice de suprasolicitare, provocate de dificultățile de adaptare la viața studențească, de greșelile de orientare academică, de stressul informațional, de dificultățile de studiu, asociate cu utilizarea unor tehnici de învățare inadecvate, cu un ritm de lucru mai lent sau o capacitate mai scăzută de muncă intelectuală etc., precum și de utilizarea unor metode de predare preponderent expositive, cu caracter mai curînd informativ decît formativ — fapt care face ca învățămîntul să nu contribuie la dezvoltarea gîndirii independente și creatoare a studenților —, atribut specific al personalității multidimensional dezvoltate, implicat în realizarea revoluției științifico-tehnice contemporane, fără de care omul nu se poate dezvolta plenar și nu poate dobîndi sentimentul de satisfacție și împlinire, care caracterizează starea de sănătate psihică.

Principalele probleme ale sănătății mintale la vîrsta adolescenței sînt legate în esență de transformarea — cu ajutorul mijloacelor de care dispune psihopedagogia medico-socială — de convertirea în forțe energetice și creatoare a tensiunilor psihonevrotice și pseudopsihonevrotice specifice procesului de adaptare, de asimilare și acomodare a adolescentului cu sine și cu lumea înconjurătoare.

În acest sens considerăm că a dezvolta creativitatea înseamnă de fapt, în mare măsură, a prezerva și promova, în mod implicit, sănătatea psihică a oamenilor, educația creativității ocupînd astfel un loc central în activitatea din domeniul psihoigienei și psihoprofilaxiei.

2.3. Probleme de psihoigenă și psihoprofilaxie privind persoanele presenescențe (45—65 de ani) și senescențe. Climacteriul marchează — mai mult sau mai puțin net, în funcție de unele particularități individuale și diferențe de sex — începutul procesului de involuție, exprimat în unele dereglări ale mecanismelor homeostatice și dificultăți de reechilibrare adaptativă, traduse adesea — pe plan subiectiv — în senzația diminuării forțelor fizice și psihice și în sentimentul deprecierii sociale.

Procesul de deteriorare a unor funcții fiziologice și psihice începe cu mult mai devreme însă, în jurul vîrstei de 30 de ani, dar acest ușor declin apare, ceva mai puternic marcat, după 45 de ani, în rezultatele la testele de performanță, și începe să fie resimțit ca atare de către individ și în activitatea sa obișnuită.

Deteriorarea funcțiilor, în procesul de involuție specific presenescenței și senescenței, are în sine un caracter normal, fiziologic, nepatologic — ea fiind rezultatul unui proces firesc de uzură și de îmbătrânire progresivă.

Aceste deteriorări au însă un caracter *asincronic* — degradarea funcțiilor începând să se producă în perioade diferite de timp — și *diferențial* — deficitul funcțional variind în raport cu anumite particularități individuale, genetice sau/și dobândite. Astfel, de exemplu, performanțele „subiecților mai bine dotați și mai cultivați” (H. Ey et al., 1974, p. 902), ale celor mai antrenați într-un anumit domeniu de activitate și mai pasionați de acesta, se deteriorează mai greu și mai puțin vizibil, datorită nu atât deteriorării fiziologice (normale) mai moderate a capacităților, cât posibilităților compensatorii și forței motivaționale, care constituie resorțul activității și cheazășia valorii rezultatului obținut.

Involuția funcțiilor — fiind un proces natural, normal — apare în mod ineluctabil — chiar dacă ceva mai devreme sau mai târziu și în mod mai mult sau mai puțin pregnant de la un individ la altul — manifestându-se în starea fizică generală (prin creșterea fatigabilității, scăderea randamentului muncii, incidența unor boli somatice etc., în special după 45 de ani); în sensibilitatea senzorială și reactivitatea *psihomotorie* (scăderea forței și supleței motricității generale, după 30—35 de ani, diminuarea capacității de acomodare oculară și a fineței auzului, după 40—45 de ani), în debutul timpuriu al degradării treptate a funcțiilor intelectuale, care se accentuează în perioada presenescenței și, mai ales, a senescenței; în alterarea (mai accentuată în cazul femeii) a funcțiilor de procreație etc. La femeie, sentimentul de îmbătrânire se instalează de obicei odată cu pierderea atributelor tinereții — a vigoriei, frumuseții, farmecului, atracției erotice și a capacității de procreație.

În aceste condiții pot apărea o serie de tulburări psihice care sînt diferite, în funcție de structura și particularitățile personalității femeii. Simptomele nevrotice preexistente se exacerbează de obicei; apar stări anxioase, ipohondriace, tendințe obsesiv-compulsive, manifestări de gelozie patologică mergînd adesea pînă la delir, sau depresii reactive de involuție, care pot atinge uneori intensitatea unui episod depresiv major.

Aceste situații limită pot fi însă evitate, în cele mai multe cazuri, atunci cînd femeia, în perioada climacteriului, reușește să-și restructureze sistemul motivațional, să întreprindă activități compensatorii, care să-i înlăture sentimentul devalorizării și al inutilității, să-și deplaseze investițiile afective, să-și asume roluri noi în familie și societate, asigurîndu-și astfel dobîndirea, sub noi forme, a prestigiului social și a echilibrului său interior (J. Flament, în Sivadon, I, p. 387—388).

Dacă la femeie capacitatea de procreație se intrerupe odată cu menopauza (prin încetarea ovulației), la bărbat procesul este mai îndelungat și insinuant, conceptul de andropauză fiind total inadecvat, mai ales la această vîrstă, căci capacitatea hormonală de fecundație se menține de obicei pînă la adînci bătrînețe. În această perioadă (45—65 de ani) apar însă și la el, mai devreme sau mai târziu, și mai mult sau mai puțin marcate (diferențele interindividuale în acest domeniu fiind considerabile) — unele manifestări la început mai discrete, iar apoi din ce în ce mai clar exprimate, ale procesului de involuție: slăbirea pulsionilor libidinale și reducerea calității și frecvenței traducerii lor în act.

Insatisfacțiilor din acest domeniu, legate de perturbările funcției sexuale, se adaugă cele determinate de diminuarea energiei și a capacității

de muncă, de dezacordul între expectații — modulate în funcție de posibilitățile pe care individul și le cunoștea din anii anteriori (30—40), care au constituit un summum al performanțelor sale — și posibilitățile lui actuale, care se dovedesc a fi sensibil diminuate (reducerea potențialului energetic, fizic și psihic, scăderea plasticității și mobilității nervoase și, în consecință, apariția unor dificultăți în concentrarea, persistența și distribuția atenției, slăbirea capacității de a-și însuși cunoștințe și deprinderi noi, degradarea memoriei cifrelor și a numelor etc.).

Tabloul simptomatologic al acestei vârste critice — și așa destul de încărcat — este complicat și mai mult de incidența extrem de ridicată, în această perioadă, a unor boli care aduc evidente prejudicii capacității de muncă și calității vieții: bolile cronice degenerative, bolile aparatului respirator — bronhopatiile, astmul, emfizemul pulmonar — și cele cu sfârșit letal — cancerul și bolile cardiovasculare, în special. Gravitatea acestora din urmă este scoasă în evidență de datele statistice ale lui L. Dublin (1951, citate de Ch. Bühler, 1974, p. 294), după care bolile cardiace stau la baza a 50 % din mortalitate, între 45 și 64 de ani și a 75 % din mortalitate după 65 de ani. Or, toate acestea reprezintă factori puternic stressanți, cu risc sever de îmbolnăvire psihică, potențând variațiile în afara limitelor de toleranță ale sistemului personalității și putând provoca astfel dereglări grave ale funcțiilor homeostatice și homeodinamice.

În aceste condiții este posibilă apariția unor tulburări psihice de gravitate și intensitate variabile: stări de anxietate și de melancolie, iar uneori chiar manifestări de tip paranoid. Sindromul mai des întâlnit este cel depresiv, pe fondul căruia pot apare idei suicidare.

Datele statistice referitoare la frecvența pe grupe de vîrstă a sinuciderilor și a tentativelor de suicid, chiar dacă nu sînt întru totul congruente, găsesc totuși valori care variază în cadrul perioadelor critice (45 și 65 de ani).

Senescența, sau vîrsta a treia, care începe după 65 de ani (adesea mult mai tîrziu) este „un fenomen biologic general care se manifestă la toate nivelurile de integrare ale organismului”, neavînd în sine nimic patologic, dar ducînd, mai devreme sau mai tîrziu la senilitate, „stare ce (...) constituie o condiție patologică” reprezentînd o „exagerare sau accelerare a proceselor normale de senescență” (H. Ey et al., 1974, p. 900), avînd la bază de obicei o deteriorare gravă a structurilor cerebrale și o dereglare a sistemului personalității, care nu mai reușește să se autoregleze, să-și restabilească echilibrul homeostatic și homeodinamic.

Dacă în perioada presenescenței și a senescenței presenile predomină nevrozele și psihozele de involuție (tulburările de dispoziție și de caracter, depresiile nevrotice, melancolia de involuție ș.a.), în perioada senilității în afara nevrozelor, stărilor maniaco-depresive și a tulburărilor delirante de involuție care nu sînt legate în mod evident de modificări anatomo-patologice survenite în sistemul nervos central, pot apărea și unele boli psihice mai grave (cu un potențial invalidant mai mare) determinate de deteriorări cerebrale severe: 1) demențele prin atrofie cerebrală primitivă (demențele senile degenerative, demențele atrofile ale presenilității) și 2) demențele arteriopatice.

Desigur că nu toți oamenii ajung în aceste situații limită și că există unii care, în aceste perioade critice (a presenescenței și a senescenței), au o evoluție ortogeră, parcurgîndu-le fără tulburări psihice importante sau cu tulburări tranzitorii, reușind să înfrunte și să înlătore stressurile și tensiunile ce apar în mod firesc în decursul involuției. Capacitatea de a

depăși situațiile critice este condiționată de mai mulți factori endo- și exogeni : a) starea generală a sănătății individului ; b) severitatea stressurilor la care este supus ; c) modalitățile și mijloacele pe care le folosește în confruntarea cu tensiunile specifice vârstei ; d) gradul de sănătate psihică cu care înfruntă stressurile ; e) trăsăturile de personalitate dezvoltate și consolidate în experiența anterioară a individului.

Procesul ortoger nu se produce însă întotdeauna în mod spontan. Sarcina principală a psihoigieniei și psihoprofilaxiei este tocmai de a ajuta — prin mijloace educative și psihoterapeutice — apariția acestui proces și a preveni distorsiunile.

Metodele educative și cele psihoterapeutice cărora li se pot adăuga cele „autoeducative” și „autopsihoterapeutice” — metodele de „auto-dirijare a comportamentului, de automodificare prin reglaj personal”, cum le numesc D. L. Watson și R. G. Tharp (1972), au ca scop — în activitățile cu caracter psihoigienic și psihoterapeutic la persoanele presenescențe și senescente, ca și la persoanele de alte vârste — să amelioreze imaginea de sine și controlul comportamentului lor. Dintre mijloacele folosite în acest scop, o importanță deosebită au : a) efectuarea unei munci utile care să-i aducă satisfacții, să-i dezvolte încrederea și respectul pentru el însuși, corectându-i imaginea despre sine și lumea înconjurătoare, dezvoltându-i capacitățile critice cu privire la propriul comportament și obișnuindu-l să înțeleagă și să accepte cu mai multă seninătate noua sa condiție existențială ; b) integrarea socială pentru a-și putea satisface tendințele sociotrope și nevoia de afecțiune și stimă din partea semenilor ; c) autocunoașterea : perceperea justă a propriilor posibilități și reglarea activităților adaptative și de altă natură, în funcție de acestea ; conștientizarea stărilor afective, a punctelor sale slabe, a eventualelor lui anomalii comportamentale și a împrejurărilor care facilitează apariția acestora — conștientizarea contribuind la mai buna cunoaștere, controlul și corectarea lor (micșorarea reactivității afective și comportamentale, în raport cu normele sociale, găsirea unor supape de descărcare a tensiunilor psihice decurgând din conflictualitatea crescută a acestor perioade critice, educarea unor atitudini mai tolerante etc.).

Utilizarea acestor metode face apel, în cea mai mare măsură, la două funcții psihice (interdependente, dealtfel, în oarecare măsură) care sînt esențiale pentru evoluția ortogeră (spontană sau indusă cu mijloace psihopedagogice sau psihoterapeutice) ; prima este *flexibilitatea adaptativă* — capacitatea de *decentrare* și *recentrare*, care asigură *comutarea* de la o preocupare la alta și *restructurarea* activității în raport cu posibilitățile actuale, iar a doua, *toleranța la frustrare și stress*, care poate contribui la extinderea marginii de variație normală a sistemului, la creșterea flexibilității acestuia și a capacității sale de autoreglare homeodinamică. „Flexibilitatea psihică, iar uneori și cea fizică, îi distinge pe cei care, la vârste înaintate, rămîn capabili de înaltă productivitate” (Ch. Bühler, 1974, p. 298). Cazuri de longevitate creatoare sînt numeroase printre scriitori, compozitori, artiști plastici, oameni de știință etc. Unii dintre aceștia și-au realizat o parte a operelor lor cele mai importante la o vîrstă înaintată. Vom aminti aici doar pe cîțiva. Astfel, Cervantes a terminat și a publicat partea a doua a capodoperei *Don Quijote* la 69 de ani, Haydn a scris compozițiile „Creațiunea” la 66 de ani și „Anotimpurile” la 69, Wagner a terminat opera „Parsifal” tot la 69 de ani, Michelangelo a realizat cea mai mare parte a operelor sale între 59 și 89 de ani, Kant a publicat

lucrările sale fundamentale între 57 și 73 de ani (productivitatea maximă înregistrându-se după 60, mai exact, între 62 și 73 de ani), Tintoretto a pictat celebrul tablou „Ultima cină” între 73 și 76 de ani, iar Tițian „Cununa de spini” la 86; Verdi a scris opera „Falstaff” între 74 și 80 de ani, iar Goethe a terminat *Faust — II* la 82 de ani; dintre români Sadoveanu a publicat romanul *Nicoară Potcoavă* la 74 de ani; V. Voiculescu și-a scris *Povestirile* între 63 și 74 de ani, iar *Ultimele sonete...* între 70 și 74; Arghezi a creat cea mai mare parte a operei sale poetice între 74 și 89 de ani; C. Noica a publicat cele mai importante dintre lucrările sale filozofice după 60 de ani, culminând cu *Devenirea întru ființă* publicată la 73 de ani; Parhon a adus contribuții importante în domeniul endocrinologiei și al gerontologiei, între 60 și 80 de ani, iar Onicescu în domeniul probabilităților și mecanicii, între 60 și 90; Iorgu Iordan a publicat ultimul volum al *Memoriilor* la 91 de ani și *Onomastica românească* la 94.

Astfel de cazuri individuale de longevitate creatoare deosebită — ca de altfel și cele de mare longevitate biologică — deși relativ numeroase, constituie fenomene de excepție, frecvența maximă a realizărilor creatoare plasându-se statistic, nu după 60—65 de ani, ci între 30 și 40, cu o variație de ± 5 ani, în funcție de specificul domeniului de activitate.

3. Psihoigiena și psihoprofilaxia dificultăților adaptative, în alte situații existențiale

În paginile anterioare am consemnat unele probleme ce privesc psihoigiena și psihoprofilaxia vîrstelor critice: copilărie, pubertate, adolescență, presenescență și senescență. De aici nu se poate trage desigur concluzia că perioada dintre 25 și 45 de ani, de care nu ne-am ocupat, este lipsită de situații conflictuale, de stressuri și tensiuni psihologice.

Chiar dacă la această vîrstă (exceptînd personalitățile cu trăsături accentuate, psihopații, sociopații și bolnavii psihici cu boală instalată în copilărie, la pubertate sau în adolescență) este vorba în general de o relativă stabilitate psihică, neperturbată de factori evolutivi (procesul de creștere și dezvoltare abia încheindu-se, iar cel de involuție abia începînd insidios, asincronic și diferențial), solicitările conflictuale și dificultățile adaptative nu lipsesc. Acestea sînt legate în special de intrarea în viața de familie și în cea profesională.

3.1. Una dintre condițiile esențiale ale sănătății cuplului familial este alegerea judicioasă a partenerului.

Lipsa de experiență a tinerilor, slaba lor pregătire pentru cunoașterea semenilor, injoncțiunea pulsionilor erotice, care face și mai dificilă cunoașterea obiectivă a partenerului, insuficienta sau greșita autoînțelegere — sînt principalii factori care determină de obicei alegerile inadecvate. De aceea, una dintre sarcinile centrale din domeniul psihoigienii în școli, universități și organizațiile de tineret este aceea de a contribui la mai buna cunoaștere de sine și a semenilor.

Alegerea partenerului de viață implică însă și unele capcane și dificultăți insurmontabile fără sprijinul calificat al psihologului sau psihiatrului, specializați în consilierea matrimonială sau în psihoterapie. Din aceste motive, în numeroase țări ale lumii, se face apel în mod curent la oficiile acestora, în vederea rezolvării problemelor legate de întemeierea și de bunul mers al familiei. Dispunînd de experiența, de cunoștințele și

metodele necesare, consilierul sau psihoterapeutul vor putea să obțină datele necesare cu privire la structura și dinamica personalității celor doi și să descopere motivațiile implicite ale alegerii lor reciproce. Ei pot depista eventualele alegeri imature, nevrotice sau psihopatologice cu motivație mai profundă, inconștientă (identificări greșite cu părintele de sex opus sau complexe Oedip/Electra nerezolvate) — care constituie contraindicații majore pentru realizarea cuplului familial și impun instituirea unei terapii adecvate.

Chiar și în cazurile în care cuplul conjugal nu este subminat de tensiuni psihopatologice manifeste, viața lui este de obicei alcătuită dintr-o lungă serie de confruntări între trăsături diferite de temperament sau de stil existențial, de tatonări, de adaptări, dezadaptări și readaptări la nivelul atitudinilor, deprinderilor și trebuințelor celor două personalități. Menținerea echilibrului acestor tendințe și trebuințe diverse — diferite adeseori atât ca natură, cât și ca intensitate — solicită eforturi considerabile (nu întotdeauna încununate de succes) — atât în faza stabilirii interrelațiilor afective, cât și în cea a adaptărilor psihosexuale (când au loc puternice dezinvestiții față de lumea inconjurătoare), dar mai ales în faza următoare, profund frustrantă de obicei pentru partener, a reinvestițiilor față de profesie, față de vechii prieteni, față de primul copil etc. (Luminet, în P. Sivadon, 1973, I, p. 380—381).

Situațiile de criză, dereglările homeodinamiei sistemului familial, generatoare de anxietate și de agresivitate, sînt dăunătoare însă nu numai pentru sănătatea cuplului, ci — după cum am arătat (2.1) — și pentru sănătatea psihică a copilului. Or, aceasta constituie un motiv în plus pentru intensificarea eforturilor în domeniul psihoigieniei și psihoprofilaxiei disfuncțiilor sistemului familial.

Prevenirea apariției și dezvoltării stărilor conflictuale și reducerea tensiunilor psihice și anxietăților patogene pot fi realizate prin ajustarea reciprocă a unor trăsături de personalitate, a unor deprinderi și obișnuințe din perioada de celibat, prin acordarea trebuințelor și cultivarea unor noi preocupări și interese comune, prin potențarea afinităților și atenuarea divergențelor, prin găsirea unor soluții reciproc compensatorii, prin stabilirea unor atitudini convergente ale părinților în raporturile lor cu copiii etc. Iar atunci cînd echilibrul sistemului familial este mai profund afectat, trebuie instituite măsuri care să urmărească înlăturarea stărilor conflictuale, să ușureze suferințele și tulburările afective, sprijinind forțele sanogenetice ale cuplului familial. Acest lucru este posibil — după N. W. Ackerman (în Arieti, 1970, III, p. 1721) — prin „1) rezolvarea conflictelor și angoaselor patogene dinlăuntrul matricei relațiilor interpersonale, 2) ridicarea nivelului de satisfacție reciprocă a trebuințelor afective, 3) întărirea imunității familiei față de tulburările care pot fi critice pentru ea, 4) sporirea armoniei și echilibrului funcțiilor din cadrul familiei, 5) dezvoltarea rezistenței fiecărui membru față de forțele nocive existente fie în el însuși, fie în ambianța familială, 6) orientarea sanogenetică și dezvoltarea a identității și a valorilor familiale”.

3.2. Dezvoltarea industrială modernă a dus la o reducere simțitoare a efortului fizic uman, dar și la o sporire considerabilă a solicitărilor psihice. Consecința a fost — după numeroși autori (vezi Amiel, în P. Sivadon, 1973, III, p. 37) — „creșterea morbidității nevrotice și a tulburărilor adaptative, care au atins o frecvență alarmantă, afectînd 30—40 % dintre

muncitorii din industrie". Este vorba de un pericol care trebuie și poate să fie prevenit — după opinia autorului citat — datorită faptului că plasticitatea funcțiilor adaptative umane este practic aproape nelimitată, problema constând doar în găsirea mijloacelor celor mai adecvate de utilizare a acestor potențialități.

Factorii care pot provoca dereglarea mecanismelor de adaptare la condițiile de muncă sînt numeroși și ei pot fi împărțiți în mai multe categorii :

a) factori potențial patogeni, legați de condițiile fizice de muncă : monotonia și repetitivitatea operațiilor, fragmentarea extremă a sarcinilor, care duce la pierderea sensului muncii, la diminuarea motivației și la dezumanizarea muncii prin mecanizare excesivă, la apariția unor sentimente de nemulțumire, de insecuritate și de alienare (de ex., munca la banda rulantă); suprasolicitarea atenției (în special a persistenței și distributivității acesteia, de ex. în munca operatorilor de la panourile de comandă) ca și anxietatea provocată de răspunderea implicată într-o astfel de muncă, în care neobservarea la timp a unui semnal sau apăsarea greșită pe un buton de comandă poate duce la provocarea unor imense pagube materiale;

b) factori fiziologici : starea precară a sănătății (somatice), calitatea proastă a somnului, gradul scăzut de antrenament pentru munca respectivă etc.;

c) factori psihici : motivația insuficientă sau chiar dezinteresul pentru această muncă, determinat în multe cazuri de greșeli de orientare profesională sau de discrepanța între expectație și realitate; un factor dezadaptativ deosebit de important este nesatisfacerea aspirațiilor individuale, care nu pot fi reduse la trebuințele primare (salariu, hrană, îmbrăcăminte etc.) și cuprinde și alte trebuințe, la fel de însemnate, cum sînt cele de securitate, de afecțiune, de respect pentru competența și valoarea sa umană, sau de autorealizare (Maslow, 1973, p. 274 și urm.) etc.;

d) factorii psihosociali potențial dezadaptativi : relațiile proaste din colectivul de muncă, gradul scăzut de cooperare dintre membrii acestuia și tensiunile ierarhice (stilul de conducere autoritar avînd efectele cele mai defavorabile în activitatea profesională); condițiile generale de viață (condițiile de locuit, relațiile familiale, distanța de locul de muncă, navetismul, cumulul de activități — profesionale, casnice, educative — ale femeii etc.) pot constitui singure, sau prin sumare cu alți factori, cauze declanșatoare ale unor tulburări psihice.

Psihoigiena și psihoprofilaxia primară acționează împotriva influenței negative a acestor factori asupra echilibrului dinamic al sistemului psihic uman printr-o serie de măsuri menite să prevină *difficultățile adaptative la integrarea în muncă* a tinerilor (prin sporirea calității stagiilor de practică în producție ale elevilor și studenților și evitarea greșelilor în alegerea profesiei; prin inculcarea unor atitudini pozitive față de muncă în genere, și a unor motivații superioare pentru îndeletnicirea aleasă) precum și *dezadaptările care pot surveni pe parcursul exercitării profesiei*, prin :

a) folosirea unor mijloace ergonomice, care să ducă la : reducerea condițiilor stressante ale muncii; adaptarea condițiilor de muncă (mediu, echipament tehnic, flux informațional etc.) la capacitățile umane; adaptarea sarcinilor de muncă la potențialul biologic și la trebuințele psihologice ale omului;

b) utilizarea unor tehnici psihosociologice hărăzite să contribuie la ameliorarea climatului din colectivele de muncă; alcătuirea acestora după

criterii științifice, psihosociologice, privind compoziția și mărimea lor, competența, prestigiul și stilul de lucru al conducătorului, structura rețelei de comunicare (adecvată sarcinilor) etc. (cf. Bejat, 1981, p. 29–34); ameliorarea relațiilor interpersonale din cadrul colectivului, detensionarea lor prin : sporirea gradului de cooperare ; focalizarea intereselor și educarea unor motivații mai profunde ale membrilor grupului în raport cu sarcinile de îndeplinit ; utilizarea complementară a competențelor individuale și satisfacerea nevoilor de stimă, securitate, autorealizare și satisfacție personală ; îmbunătățirea stilului de conducere al coordonatorului colectivului (stilul de conducere democratic fiind mai productiv și mai favorabil desfășurării sanogenetice a activității, contribuind la reducerea tensiunilor ierarhice) ;

c) aplicarea unor *metode psihopedagogice* (de educație și consiliere a individului) în vederea creșterii flexibilității adaptative, a capacității de comutare a activității, a toleranței la stress și frustrare ; a dezvoltării unei motivații puternice și a unei atitudini creative față de munca pe care o îndeplinește omul și a canalizării tensiunilor psihice spre scopuri energetice și creatoare — toate acestea avînd importante funcții sanogenetice.

Bibliografie

- Ackerman, N. W., *Psicoterapia della famiglia*, în : S. Arieti (ed.), *Manuale di psichiatria*, Torino, Boringhieri, vol. III, 1970.
- Amiel, R., *La psychopathologie du travail*, în : P. Sivadon (red.), *Traité de psychologie médicale*, Paris, P.U.F., 1973.
- Bejat, M., *Factori individuali și psihosociali ai creativității*, în : M. Bejat (coord.), *Creativitatea în știință, tehnică și învățămînt*, București, Edit. did. și pedagog., 1981, p. 5–36.
- Bühler, Ch., *La psicologia nella vita del nostro tempo*, Milano, Garzanti, 1974.
- Dabrowski, K., *La psychonévrose n'est pas une maladie*, Québec, Ed. Saint-Yves, 1972.
- English, H. B., English, A. C., *Mental Hygiene*, în : *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms* (by H. B. English, A. C. English), Longsman, London, 1958.
- Ey H., Bernard P., Brisset, Ch., *Manuel de psychiatrie*, 4-e éd., Paris, Masson, 1974.
- Freud, A., *L'adolescence come disturbo evolutivo*, în : *Problemi psicosociali dell'adolescenza* (a cura di G. Caplan, S. Lebovici), Torino, Boringhieri, 1973, p. 29–35.
- Hurlock, E. B., *Personality Development*, New York, McGraw-Hill, 1974.
- Ionescu, G., Bejat, M., *Forme de prevenire a inadapării și de realizare a sănătății mintale*, în : B. Zörgö (coord.), *Probleme fundamentale ale psihologiei*, Edit. Academiei, 1980, p. 325–331.
- Maslow, A. H., *Motivazione e personalità*, Roma, Armando, 1973.
- Mucchielli, A. et R., *Hygiène mentale*, în : *Lexique de la psychologie* (par A. et R. Mucchielli), E.M.E.—E.S.F., Paris, 1969.
- Pamfil, Ed., Ogodescu, D., *Nevrozele*, Timișoara, Edit. Facla, 1974.
- Piéron, H., *Hygiène mentale* în : H. Piéron (red.), *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, P.U.F., 1973.
- Porot, A., *Hygiène mentale*, în : A. Porot (red.), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, P.U.F., 1969.
- Sivadon, P. (red.), *Traité de psychologie médicale*, vol. I–III, Paris, P.U.F., 1973.
- Watson, D. L., Tharp, R. G., *Self-directed Behavior : Self Modification for Personal Adjustment*, Belmont (Calif.) Wardsworth, 1972.

C O N T E N T S

Preface	11
CHAPTER I. The objective and tasks of clinical psychology (<i>G. Ionescu</i>)	15
1. The etymological sources and acceptioon of clinical psychology .	15
2. Clinical psychology : a controversial notion including a generally accepted reality	17
3. Notions of "clinical" psychology and "medical" psychology between semantic rigor and operational utilization	18
4. Specification of the sphere and content of clinical psychology . .	21
5. On the history and orientations of clinical psychology	22
6. Connections and convergencies between clinical psychology and psychiatry	26
7. Interferences and relationships between clinical psychology and psychopathology	30
8. Relationship between clinical psychology and social psychology .	32
9. The problems of clinical psychology in a psychopedagogical pers- pective	34
10. Ethical education and clinical psychology	37
Bibliography	39
CHAPTER II. The psychological condition in clinical medicine (<i>G. Ionescu</i>)	41
1. The traditional character of the relationship between psychology and clinical medicine as illustrated by the somatopsychical unity	41
2. The contribution of personology to the clinical implication of psychology	44
3. Interprofessional relationship in the principal psychomedical domains	46
4. The status of the psychologist in the clinic and therapeutical team	49
5. The specific problems of the psychologist in the clinic	50
6. The psychologist as psychometrician	51
7. The psychologist as diagnostician	55
8. The psychologist as psychotherapist	56
9. The psychologist as researcher	58
10. Trends in the development of clinical psychology in some Euro- pean and American countries	59
Bibliography	67
CHAPTER III. Clinical psychology and the human person (<i>V. Pavelcu, L. Gavrilu</i>) .	69
1. The clinico-medical source of personality theories	70
2. Analysis of psychiatric cases as a mean of describing personality types	74